PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Violencia Obstétrica

Carolina Rodríguez Romero

PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Violencia Obstétrica

Abril 2023

Clasificación temática: Salud
Género
Embarazo



Resumen

La violencia obstétrica es ejercida por parte de los profesionales de la salud (principalmente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres. Puede implicar desde comentarios hirientes hasta lesiones físicas a la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio y constituye una importante violación a los derechos fundamentales y reproductivos de las mujeres. Su ejecución se encuentra hasta cierto grado normalizada dentro de la sociedad y aunque existe normatividad que busca erradicarla, diversas decisiones administrativas impiden al personal de salud crear las condiciones que permitan su eliminación. En razón de ello, este documento busca visibilizar las deficiencias que existen en el sector salud que se traducen en obstáculos para el desarrollo de las actividades de los especialistas ginecobstetras y enfermeros para evitar la violencia obstétrica.

Índice legal para efectos de fiscalización

Introducción **2**

II. Justificación de la realización de la investigación 3

III. Objetivos de la investigación 5

[IV. Planteamiento y delimitación del problema] 5

V. Marco teórico y conceptual de referencia 6

VI. Hipótesis 20

[VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis] 20

Conclusiones **37**

Bibliografía **38**

Introducción

En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales.

Se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos.

En México, una persona embarazada, en trabajo de parto y en el periodo de posparto (también conocido como puerperio) puede recibir comentarios humillantes, ser castigada por llorar, ser sometida a una cesárea innecesaria y ser esterilizada sin su consentimiento. Todo detrás de las puertas de un hospital público o privado. Este maltrato ejercido por el personal de salud se llama violencia obstétrica, está relacionado con la violencia de género y la violencia institucional, y es una violación a los derechos humanos.

Esta situación es tan común que existen profesionales e instituciones de salud en el país que ofrecen “partos respetados” o “partos humanizados” como un servicio diferenciado de la atención obstétrica “tradicional”. Este tipo de partos ponen en el centro del embarazo, el parto y el puerperio (el periodo posterior al parto) a la mujer, haciendo que sea ella quien tome las decisiones, opine y exprese sus sentimientos durante estos procesos. Estos elementos diferenciadores detonan la duda de cómo es entonces lo que conocemos como un parto tradicional.

La violencia obstétrica se genera con el 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 se da en todas las esferas de la sociedad.

Estos son algunos actos constitutivos de violencia obstétrica:

- Practicar el parto por cesárea, existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Obligar a parir acostada y/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.

El gobierno federal tiene 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 y las decisiones de las mujeres.

II. Justificación de la realización de la investigación

Actualmente, mucho se habla de la violencia contra la mujer y la violencia de género, destacando como principal agresor a las parejas y familiares cercanos de las víctimas; sin embargo, existe un tipo de violencia muy específico que es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género: la violencia obstétrica.

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

De acuerdo con la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM), la violencia obstétrica se genera con el 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 se da en todas las esferas de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud.

Partiendo desde lo previsto en nuestra Constitución, el gobierno federal tiene 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, los usos y costumbres, y las decisiones de las mujeres.

Sin embargo, ¿el sector de salud público cuenta con los elementos materiales y personales para poder cumplir con dicha encomienda?, resulta complicado para una mujer parir de manera natural cuando la falta de camas hospitalarias obliga al personal médico a realizar las gestiones tendientes a desocupar con mayor rapidez las salas de parto y poder atender así a la mayor cantidad de mujeres en el menor tiempo posible.

La capacitación juega también un papel importante en el tema de violencia obstétrica, pues resulta de vital importancia que el personal de la salud cuente con las herramientas necesarias para poder brindar el mejor trato sin incurrir en violación de los derechos humanos.

Por ello resulta importante el poder realizar un análisis de la situación actual del sector salud a nivel público en atención a las madres en sus diversas etapas, con la finalidad de poder verificar si éste se encuentra en el nivel adecuado para dar cabal cumplimiento con las

recomendaciones internaciones y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y combatir de esta forma la violencia obstétrica.

III. Objetivos de la investigación

En razón de lo anterior, esta investigación se plantea como objetivos:

1. Conocer el concepto de violencia obstétrica, sus características y las formas en las que puede presentarse en el sector público y privado.
2. Analizar el marco normativo nacional e internacional que existe en torno a la violencia obstétrica.
3. Identificar las políticas públicas existentes en el país tendientes a la disminución y/o erradicación de la violencia obstétrica.
4. Analizar las áreas de oportunidad que existen en el sector público para el combate de la violencia obstétrica.

[IV. Planteamiento y delimitación del problema]

De este modo, se analizará el concepto de violencia obstétrica, una breve reseña de su estudio a lo largo de los últimos años, la legislación vigente en el campo internacional y nacional, así como los elementos que permitan identificar como las decisiones administrativas han afectado su erradicación en el día a día, tal y como diversas recomendaciones que la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha efectuado a instituciones de salud como consecuencia de las deficiencias identificadas en los factores humanos, materiales y/o presupuestales.

El análisis cualitativo de las recomendaciones se realizará de forma general, lo cual permitirá comprender el contexto para contar con una radiografía de la situación del sector salud actual.

V. Marco teórico y conceptual de referencia

Hablar de violencia obstétrica es hablar de una de las principales aportaciones de América Latina en la lucha contra la violación de los derechos fundamentales de la mujer, a nivel internacional.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE), mediante el informe denominado "El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes. 2010-2021"[1], define la Violencia Obstétrica como:

> *"(…) una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. (…)"*

Algunos ejemplos de actos constitutivos de violencia obstétrica que pueden llevar a cabo el

[1] Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (octubre 2021). El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes. GIRE Recuperado de https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE_INFORME_2021.pdf

personal de salud son:

- Practicar el parto por cesárea, existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Obligar a parir acostada y/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 esterilización no consentida o forzada.
- El suministro injustificado de medicamentos.
- Uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico.
- Falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo.
- Trato deshumanizado.

Dicho término surge como consecuencia de la evolución social y médica que conllevó a que las mujeres pasaran de parir en las habitaciones de sus casas con la asistencia de parteras y matronas a hacerlo en instituciones de salud, ya fueran públicas o privadas, en condiciones de mayor salubridad, higiene, pero principalmente, con el acompañamiento de personal profesional con los conocimientos médicos suficientes para auxiliar a las madres y productos al momento del parto ante cualquier situación contraria a su bienestar.

De acuerdo a la compilación efectuada por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone[2], en Latinoamérica la discusión del abuso y violencia ejercida en la atención del nacimiento se remonta a la década de 1980. Para dar algunos ejemplos, en Brasil, un estudio pionero de 1981 consistió en una etnografía en torno a las experiencias femeninas de atención de salud, describiendo explícitamente al parto institucional como violento (Grupo Ceres, 1981; citado en Diniz et al. 2015). En el año 1992, un proyecto de investigación-acción en torno a

[2] Quattrocchi y Magnone, (2020). *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: EDUNLa Cooperativa.

la violencia en salud, mostraba también que las experiencias de parto eran vividas por las usuarias como violentas, con actitudes agresivas e intimidantes del personal de salud (Souza, Michaliszyn & Cunha, 1992; citado en Diniz et al. 2015). En 1998, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer publicó un reporte sobre los abusos vividos por las mujeres en la atención del nacimiento en Perú (CLADEM & CRLP, 1998). En 2002, las autoras brasileñas D´Oliveira, Diniz y Schraiber denunciaron la violencia contra la mujer en los servicios de salud en un importante artículo en *The Lancet*; mientras en México se publicaban los resultados de un estudio sobre la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto (Castro & Erviti, 2003). En paralelo, en Chile, una tesis de antropología mostraba similares abusos cometidos en la atención hospitalaria del parto (Sadler, 2003).

Fue hasta el año 2007 cuando se utilizó el término de "violencia obstétrica", al contemplarse la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela, donde fue codificado como un tipo de violencia contra la mujer.

Así, en el artículo 15 del citado ordenamiento jurídico se contempla[3]:

> *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 medicalización 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.*

Desde entonces, son varios los países latinoamericanos que cuentan con leyes y proyectos de ley que se refieren a la violencia obstétrica. Lo anterior, a efecto de homologar sus

[3] Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela, libroleyorganicamujer.cdr (asociacionvenezolanademujeres.com.ve)

ordenamientos jurídicos, conforme a lo previsto en el artículo 12 de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)[4], el cual entró en vigor en septiembre de 1981 y el artículo 9º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer conocida como "Convención de Belém Do Pará"[5], suscrito en 1994, que a la letra establecen:

CEDAW

Artículo 12.

1. *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.*

2. *Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

Convención Belén Do Pará

Artículo 9. *Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad*

[4] Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

[5] Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido ***se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada,*** *es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.*

Derivado de la aplicación de ambos instrumentos internacionales, el Grupo de Información en Reproducción Elegida reporta que se han emitido recomendaciones al Estado mexicano por parte de órganos encargados de la vigilancia de tratados, por ejemplo, las realizadas en 2018 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), mismas que también guardan relación con la violencia obstétrica. Al examinar el cumplimiento de obligaciones en materia de derechos humanos a cargo de México, ambos expresaron preocupaciones sobre la persistencia de la violencia obstétrica.

El Comité DESC, en marzo de 2018, se manifestó sobre la insuficiencia estructural y los problemas de acceso a servicios de salud:

- Las disparidades significativas existentes entre las diferentes regiones en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, en parte, debido a la falta de una infraestructura y equipo médico adecuado, el desabastecimiento de medicamentos y el número insuficiente de personal médico.

Y recomendó al Estado mexicano:

a) Redoble sus esfuerzos para asegurar que toda la población, especialmente las personas con bajos ingresos tengan acceso a servicios de salud adecuados, asequibles y de calidad.

b) Asigne recursos suficientes al sector de salud y continúe sus esfuerzos para asegurar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención de salud en todas las regiones, en particular en las zonas rurales y remotas, incluso mediante la mejora de la infraestructura del sistema de atención primaria y garantice que los hospitales dispongan de personal médico, infraestructura y suministros médicos adecuados y suficientes, así como de los medicamentos de urgencia necesarios.

Por su parte, el Comité CEDAW, en julio de 2018, expresó su preocupación por:

— Incidentes reportados de violencia obstétrica durante el parto por parte de personal de salud.

— Reportes de esterilización forzada de mujeres y niñas, y acceso limitado a servicios de salud reproductiva, particularmente por parte de mujeres y niñas con discapacidades mentales y otras.

El Comité recomendó que el Estado:

— Armonice las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica.

— Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, que se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y que se ofrezcan reparaciones e indemnizaciones monetarias a las mujeres víctimas de esterilizaciones no

consentidas.

Por otra parte, en junio de 2019, se presentó ante la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*[6], por el que Dubravka Šimonović realiza un análisis de las diferentes situaciones que viven las mujeres durante el parto y la atención hospitalaria que reciben de manera previa y posterior a dicho momento, y que a continuación se describen con la finalidad de poder entender a detalle en qué consiste la violencia obstétrica:

a) La técnica conocida como "sinfisiotomía", considerada ya como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto. Esta práctica de alumbramiento, utilizada principalmente en Irlanda hasta principios de los años noventa sin el conocimiento, ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas, causó dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres. El Comité contra la Tortura estudió las denuncias de numerosas mujeres en relación con esta práctica y concluyó que constituye tortura. En 2017 recomendó al Estado llevar a cabo "una investigación imparcial y minuciosa de los casos de mujeres que hayan sido sometidas a la sinfisiotomía [...] y asegurarse de que las sobrevivientes de esta mala práctica obtengan reparación, en particular indemnización y rehabilitación, determinada caso por caso". También declaró que "los médicos se negaban a aplicar

[6] Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Septuagésimo cuarto periodo de sesiones de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. A_74_137-ES.pdf (saludmentalperinatal.es)

métodos alternativos que habrían causado mucho menos dolor y sufrimiento, por razones religiosas y no médicas". El Comité de Derechos Humanos determinó que 1.500 mujeres y niñas fueron sometidas a la sinfisiotomía entre 1944 y 1987 sin su consentimiento libre e informado. El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer instó a Irlanda a llevar a cabo una investigación inmediata, independiente y exhaustiva de todas las denuncias relacionadas con los abusos, incluida la mala práctica ya mencionada, y recomendó proporcionar una reparación efectiva y servicios de rehabilitación a todas las víctimas y supervivientes de ese maltrato.

b) La esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como el Convenio de Estambul, prohíbe ambas expresamente, mientras que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas las prohíben implícitamente mediante la protección de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. La esterilización forzada y el aborto forzado son tratamientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Son practicados por profesionales sanitarios por diversas razones, como, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, no son "dignas" de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser "buenas madres" o no es aconsejable que tengan descendencia. Algunos centros de salud, además, ocultan información o engañan a las mujeres para que presten su consentimiento a la esterilización, actuando en palabras del Tribunal Europeo de Derechos Humanos con

una manifiesta falta de respeto a su derecho a la autonomía y a la elección como pacientes. Estas intervenciones médicas han sido analizadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y los tribunales regionales, y han sido calificadas como formas de violencia de género contra la mujer que puede causar daños físicos y psicológicos, que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

c) En algunos países, las mujeres encarceladas son inmovilizadas físicamente durante el parto mediante esposas que las atan a la cama, y son amordazadas. Además, hay informaciones de que las mujeres embarazadas recluidas en las prisiones y cárceles o detenidas a causa de su situación de inmigración son esposadas e inmovilizadas durante el parto, el posparto y el período de recuperación posterior durante horas e incluso días, pese al hecho de que en todo momento hay con ellas guardias armados. Estas medidas han sido consideradas como violaciones de los derechos humanos. En sus observaciones finales, el Comité contra la Tortura ha condenado la práctica de atar a las mujeres durante el parto. Se ha informado de que las mujeres están atadas a la cama durante el parto o en caso de aborto o aborto espontáneo, práctica que no está respaldada por la OMS y que puede constituir violencia contra la mujer y otras violaciones de los derechos humanos.

d) La detención posterior al parto de las mujeres y sus hijos recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad para pagar los gastos de hospitalización es otro ejemplo de violación de los derechos humanos. Esta práctica se ha registrado en diversos países de Asia, África Subsahariana, América Latina y el Oriente Medio. En Kenia, a las mujeres detenidas y a sus bebés se las ha obligado a dormir en el suelo, se les ha negado una alimentación adecuada y han estado vigiladas por guardias. Hay informaciones de que las mujeres y sus hijos pasan semanas, y hasta años, en esas condiciones. En sus observaciones finales, el Comité contra la Tortura ha condenado la práctica de detener después del parto a las mujeres que no pueden

pagar sus facturas médicas en Kenia.

e) La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente existe una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento. En muchos ordenamientos jurídicos, el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer embarazada, lo que da lugar a situaciones en las que, deliberadamente, no se consulta a las mujeres en lo referente a la decisión de parir o no al niño mediante cesárea. También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que "*las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz*", especialmente si la primera opción es una cesárea.

f) La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso

para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género, un acto de tortura, y un tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS. La práctica de la episiotomía oscila entre el 30 % de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50 % en Italia y hasta el 89 % en España. En particular, la información de que se dispone es que el 61 % de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía en Italia no recibieron suficiente información, y que no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado. La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva, y en la salud mental de una mujer, asimismo las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer.

g) El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor.

h) La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, ya no está

recomendada por la OMS, pero sigue siendo una práctica generalizada, a veces con el codo, el antebrazo o con todo el cuerpo, con el fin de ocasionar la expulsión del bebé. Su aplicación varía de un país a otro, y alcanza sus mayores tasas de aplicación en Honduras, donde se usa en una proporción que se sitúa entre el 50 % y el 70 %, de los partos vaginales.

i) Asimismo, las mujeres han informado que algunos centros de salud han actuado sin respeto a su intimidad y a la confidencialidad cuando realizan los exámenes vaginales durante el parto, incluso delante de terceros, permiten que los estudiantes de medicina observen a las mujeres durante el parto, y comparten con terceros la información sobre su salud, por ejemplo, su condición de seropositivas, en el contexto del alumbramiento.

j) Además, se ha informado de que los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia.

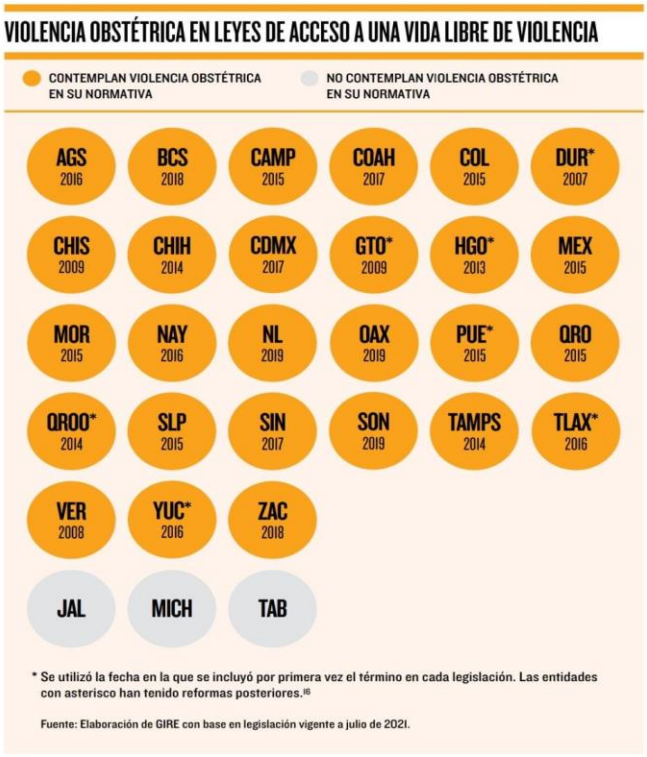
k) Las mujeres también han denunciado una falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida en los hospitales públicos, mientras que sobre la posición para dar a luz hay una mayor flexibilidad en las maternidades privadas.

l) Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud. Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas. En los

testimonios de mujeres procedentes de Honduras se han descrito comentarios como: “No lloraste cuando lo hiciste, abre las piernas o tu bebé morirá y será tu culpa”. Un profesional sanitario le dijo a una adolescente en el momento de dar a luz: “No lloraste cuando tenías dentro el pene, ¿por qué gritas ahora?”. Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo han relatado haber sido humilladas por los trabajadores sanitarios debido a su pobreza o su incapacidad para leer o escribir, por vivir en zonas.

Conforme a lo previsto en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención Belén Do Pará y la CEDAW, al ser tratados internacionales a los cuales el Estado Mexicano se encuentra suscrito, son de cumplimiento obligatorio, máxime que en nuestro país normativamente la violencia obstétrica no se encuentra definida como tal en algún ordenamiento federal.

Esto es así pues al día de hoy la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia no contempla dentro de su articulado a la violencia obstétrica o algún otro tipo de violencia que prevea de manera específica los maltratos y/o vejaciones durante el embarazo, el parto y/o el puerperio. No obstante, conforme a lo reportado por GIRE en su Informe “*El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*”, la mayoría de las entidades federativas si lo contemplan en sus disposiciones normativas locales:



Así, en el campo de actuación los profesionales de la salud rigen su actuación únicamente con base a lo que prevé la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*", cuyo fin es establecer líneas de acción que permitan al personal médico a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida, y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez, lo que implica elegir los procedimientos que permitan cumplir dicho objetivo e, incluso, desarrollar normas y procedimientos para la atención en la materia, como en su momento fue la integración del parto psicoprofiláctico.

Sin embargo, es importante comprender que la violencia obstétrica es consecuencia directa de la violencia institucional al ser multifactorial, pues las probabilidades de incurrir en ella se acentúa ante los vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo de camas, la falta de insumos, la falta de

personal de servicio de salud que conlleva a dar un deficiente servicio y por lo tanto a no cubrir las necesidades de la población y generar insatisfacción.

Adicionalmente, un factor de alta incidencia en la configuración de la violencia obstétrica son los estereotipos patriarcales, el machismo, la falsa concepción de superioridad que tiene el hombre sobre el sexo femenino, que puede llevar a realizar lesiones al cuerpo de la mujer, como realizar una sutura ajustada tras la episiotomía; este procedimiento, que aplica más puntos de los necesarios, los llamados "puntos para el marido", se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo. Lo anterior, de acuerdo a la información recabada por el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos.

VI. Hipótesis

La hipótesis en la que se basa esta investigación es la siguiente:

¿Existen las condiciones en el sector público de salud para que el personal médico pueda combatir y, por ende, erradicar la violencia obstétrica? Para ello, es necesario contar con el personal médico suficiente que permita atender a las mujeres en labor de parto en las condiciones, lo que conlleva desde instalaciones hospitalarias suficientes, medicamentos, involucramiento de la familia, entro otros.

En ese tenor, esta investigación buscará determinar si existen las condiciones en el sector salud púbico para que todas las mujeres del país cuenten con un parto humanizado, libre de violencia obstétrica y que garantice lo mejor para ellas y sus hijos.

[VII. Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis]

Con cinco ediciones disponibles (2003, 2006, 2011, 2016 y 2021), la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada por el Instituto Nacional

de Estadística y Geografía (INEGI), genera información estadística para estimar la prevalencia y gravedad de la violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más por tipo de violencia (psicológica, física, sexual, económica o patrimonial) y ámbito de ocurrencia (escolar, laboral, comunitario, familiar y de pareja).

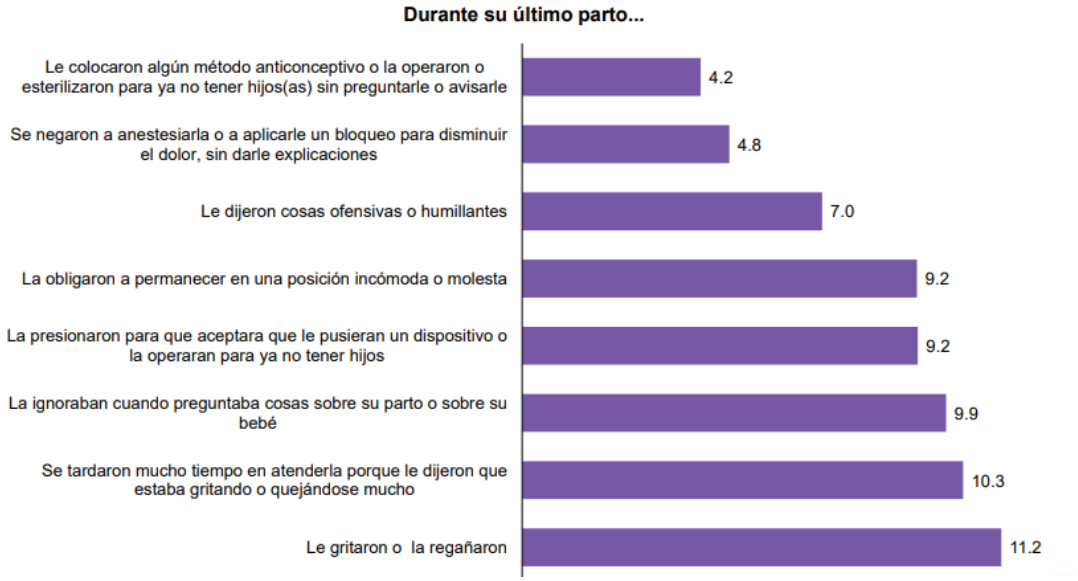
A partir de 2016, la ENDIREH[7] incorporó por primera vez preguntas destinadas a evaluar aspectos de la experiencia de las mujeres durante su último parto.

La ENDIREH 2016 confirmó en cifras los obstáculos que enfrentan las mujeres en México para ejercer sus derechos reproductivos durante la atención de sus embarazos, partos y puerperios. De acuerdo con la encuesta, 70.7% (32.8 millones) de mujeres de 15 años y más, tienen entre 15 y 49 años de edad. De ellas, el 26.7% (8.7 millones) tuvieron al menos un parto en los últimos 5 años (de octubre de 2011 a octubre de 2016), siendo que el 42.8% (3.7 millones), reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea.

La citada encuesta refiere que, en los últimos 5 años, 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes la atendieron en el último parto. Las situaciones más frecuentes que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto fueron:

- Gritos o regaños.
- Retraso en la atención “por gritos o quejas” de la usuaria
- Ignorar a las usuarias
- Presionarlas para que acepten un método anticonceptivo o esterilización
- Forzarlas a que adopten posiciones incómodas durante el trabajo de parto.

[7] Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/pob_hog_vivie/6_dinamicadelasrelaciones_090818-6.pdf

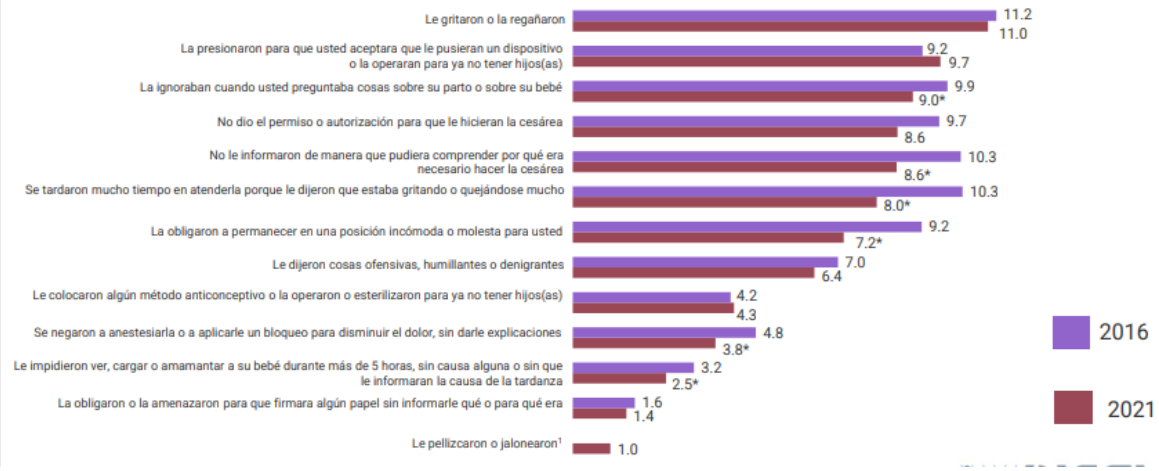


Según esta misma encuesta, en 2016, 42.8 % de las mujeres entrevistadas reportaron que el nacimiento de su último hijo o hija fue por cesárea. De éstas, 10.3 % manifestaron no haber sido informadas de la razón para la cesárea, y 9.7 %, que no les pidieron su autorización para realizarla, situación que representa una clara violación a los derechos reproductivos.

Por su parte, la ENDIREH 2021[8], con datos actualizados a agosto de 2022, señala que de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea entre 2016 y 2021, 33.4 % experimentó maltrato en la atención obstétrica durante la cesárea y 29.6 % en el parto. Del mismo modo, 19.5 % de las mujeres que tuvo cesárea vivió maltrato psicológico y/ o físico y a 23.7 % se le realizó tratamiento médico no autorizado. Asimismo, de las mujeres que tuvieron un parto, 22.0 % experimentó maltrato psicológico y/ o físico y a 16.9 % se le practicó tratamiento médico sin su autorización.

[8] Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2021), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf

Por lo que hace a las principales situaciones de maltrato que sufren las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, la ENDIREH 2021 recoge los mismos marcos de referencia y adiciona los pellizcos o jalones, elaborando un marco comparativo conforme a lo siguiente:



Es importante reconocer la necesidad y obligación que tiene el Estado de continuar generando información para medir el alcance y gravedad de la violencia que viven las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en diferentes contextos. Porque, aunque de la comparación de las cifras arrojadas en las encuestas 2016 y 2021 las cifras van a la baja, lo cierto es que la encuesta más reciente no precisa cual fue el universo de la muestra, por lo que dificulta hacer una comparación y tener una base fidedigna para la toma de decisiones.

Adicionalmente, es de observarse que en la ENDIREH 2016 se señala que 40.8% de las mujeres que dieron a luz en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportan malos tratos durante la atención, cifra por encima del 38.7% de personas que fueron atendidas en algún hospital o clínica pública de su entidad y del 18.2% que señaló haber parido en un hospital o clínica privada, dato que también fue omitido en la Encuesta de 2021.

Ahora bien, los datos obtenidos a través de las encuestas permiten una aproximación a un diagnóstico más completo sobre la magnitud y variables asociadas con la violencia

obstétrica en el país. En general, dichos datos son indicativos de que se está frente a un problema de violación a los derechos humanos de las mujeres en el espacio de los servicios de salud, y no de una situación excepcional o esporádica. Sin embargo, siempre será el sentir de la población, quien vive de primera mano las afectaciones, quienes podrán dar un mejor panorama de la situación hospitalaria.

> "*Un ginecólogo me revisó y dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones y entonces me mandaron al ISSSTE de Zaragoza [hospital de segundo nivel de atención para población derechohabiente]; me dieron un pase, pero dijeron que no lo mostrara y que quién sabe a qué hora llegaba la ambulancia […]. Todos me decían que eran movimientos del bebé. Cuando llegué al ISSSTE de Zaragoza [por sus propios medios] me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [no pudo comprobar que era derechohabiente], me dijeron que fuera a Perinatología [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal*]"[9]

Este testimonio muestra que no ser derechohabiente de un sistema de seguridad social puede constituir un motivo de rechazo hospitalario y, con ello, el retraso de la atención resolutiva, incluso en casos de urgencia médica. La complejidad y fragmentación del Sistema Nacional de Salud representa una barrera para el acceso a los servicios de salud en caso de presentar una emergencia obstétrica.

En mayo de 2009, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud suscribieron el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de la Emergencia

[9] Collado Peña, Susana Patricia, "Del sistema de referencia y contrareferencia al multirechazo hospitalario en materia de atención obstétrica", en Sánchez Bringas, Ángeles (coord.), Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México, México, UAM-ITACA, 2014, p. 146.

Obstétrica. Con la emisión de este instrumento se buscó brindar de manera expedita, inmediata y gratuita la atención a cualquier mujer que presente una emergencia obstétrica, sin importar su afiliación. El Convenio se creó con el fin de coadyuvar en la reducción de la mortalidad materna (MM) y representa una estrategia pionera en términos de integración de los servicios de salud en la atención de emergencias obstétricas.

Así, conforme a lo previsto en el Informe de Evaluación y Seguimiento Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica inherente al cuarto trimestre de 2022[10], del 1 de agosto de 2011 al 31 de diciembre de 2022, han registrado 16,279 casos de emergencia obstétrica, 9,615 son maternas y 6,664 de recién nacidos. La contraprestación de los servicios se ha realizado conforme el siguiente cuadro:

Tabla 1. Contraprestación de los servicios por afiliación.

	Institución que otorgó la atención												TOTAL		
	SALUD			IMSS			IMSS-BIENESTAR			ISSSTE					
Institución que recibió la atención	👥	🤱	👶	👥	🤱	👶	👥	🤱	👶	👥	🤱	👶	👥	🤱	👶
SALUD				4,577	2,827	1,750	0	0	0	575	373	202	5,152	3,200	1,952
IMSS	8,857	5,104	3,753				0	0	0	45	26	19	8,902	5,130	3,772
IMSS-BIENESTAR	49	27	22	22	15	7				1	1	0	72	43	29
ISSSTE	2,068	1,195	873	85	47	38	0	0	0				2,153	1,242	911
TOTAL	10,974	6,326	4,648	4,684	2,889	1,795	0	0	0	621	400	221	16,279	9,615	6,664

👥 - Total de atenciones otorgadas en el marco del convenio

🤱 - Atenciones otorgadas a madres

👶 - Atenciones otorgadas a recién nacidos

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Registro de la Emergencia Obstétrica: http://www.aeo.gob.mx al 31 de diciembre de 2022.

[10] Informe de Evaluación y Seguimiento, "Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica" de la Secretaría de Salud, INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (www.gob.mx)

Pero como se ha señalado a lo largo del presente trabajo, a pesar de que México cuenta con un marco normativo que busca asegurar el acceso a servicios de salud reproductiva, en el día a día persisten prácticas en el sistema de salud que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Entre otras, la ausencia de controles prenatales de calidad, el debilitamiento de la atención en el primer nivel de atención a partos sin complicaciones; la práctica de cesáreas injustificadas; la falta de cumplimiento de normas, lineamientos y protocolos basados en evidencia. Y ni hablar del acceso a la atención médica por parte de las mujeres de comunidades indígenas, quienes con frecuencia deben realizar largos trayectos a centros de salud que suelen estar en malas condiciones, sin personal médico de base, ni intérpretes de lenguas indígenas y con actitudes discriminatorias por parte del personal.

Por otra parte, la saturación del sistema de salud en México repercute en la incidencia de casos de violencia obstétrica y muerte materna.

Lo anterior, es palpable en las recomendaciones que ha emitido la CNDH en relación a la violencia obstétrica, en las que se hace constar el actuar del personal de salud y de las autoridades administrativas del rubro en contra de usuarias a lo largo del país.

Las recomendaciones generales que emite la CNDH son instrumentos no vinculantes respecto de las autoridades a quienes se dirigen, ni motivados de manera directa como forma de resolución de quejas. A través de éstas, la CNDH propone medidas y acciones orientadas a la prevención y combate de violaciones a los derechos humanos por parte de autoridades, así como a la protección de las víctimas.

Con el fin de verificar su cumplimiento, la CNDH debe realizar estudios generales, cuyo propósito sea medir el grado de aceptación, implementación e impacto que producen en la sociedad, por lo que éstas constituyen una clara ejemplificación de la situación real que permea en las instituciones sobre las cuales recae la recomendación.

En materia de violencia obstétrica, existen diversas recomendaciones las cuales dejan a la luz las precariedades con las cuales subsiste el sector salud y que conllevan a la configuración de este tipo de violencia contra la mujer.

A continuación, se realizará un breve análisis de algunas de las recomendaciones que ha emitido la CNDH en materia de violencia obstétrica por hechos violatorios a los derechos fundamentales de mujeres, ejecutados el periodo correspondiente a la administración en curso, a fin de hacer constar las deficiencias que existen en el sector salud y que impide garantizar un pleno cuidado de la integridad de las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio.

RECOMENDACIÓN 22/2021[11]

De acuerdo con la información publicada por los medios de comunicación, el 21 de abril de 2019 la víctima dio a luz en el acceso a dicho nosocomio, mientras su esposo solicitaba atención médica. La falta de asistencia ocasionó que la recién nacida se golpeara la cabeza con el piso, por lo que el padre de familia levantó a su hija y rompió la puerta de cristal hasta que personal de salud acudió a brindarles apoyo.

Al investigar el caso, la CNDH acreditó violaciones a los derechos humanos a una vida libre de violencia en modalidad de violencia obstétrica y a la protección de la salud, toda vez que la niña nació en condiciones insalubres, sin asistencia médica o de enfermería, además del daño emocional ocasionado a sus padres.

De la lectura de la citada recomendación se desprende:

[11] Recomendación 22/2021, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, REC_2021_022.pdf (cndh.org.mx)

74. El 17 de febrero de 2020, mediante oficio No. 095217614C21/470, signado por la Jefa de Área de la Dirección Jurídica de la Unidad de Atención al Derechohabiente, remitió el oficio No. 11A16061-4100841/2019 del 26 de diciembre de 2019 firmado por SP8, titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal, el cual proporcionó información sobre el expediente laboral QL1 al director del Hospital General, señalando que: "[...] la asistente médica, [SP3], [número de matrícula] al no estar presente en su puesto de trabajo y considerarse como probable incumpliendo de obligaciones plasmadas en el Contrato Colectivo de Trabajo, así como la Enfermera General, [SP9], [número de matrícula], quien recibió del familiar el carnet de citas de la paciente y no dio un debido seguimiento en pasar a la derechohabiente y avisar al personal médico, por lo que se considera un incumplimiento de obligaciones como trabajadora de urgencias. No obstante, tales irregularidades se consideran como no graves, por lo que se considera pertinente turnar los antecedentes del caso a la Subcomisión Mixta Disciplinaria 22/42 para que a través de dicho organismo se apliquen a las citadas trabajadoras las sanciones que consideren pertinentes".

75. El 20 de enero de 2020, se recibió un correo electrónico por parte del personal del IMSS, en que reenvían el mail del 23 de diciembre de 2020 de SP10, Coordinador Técnico de Quejas e Información Pública, a través del cual informó que: "[las declaraciones, informe o testimonios del personal médico y administrativo del Hospital General no es factible recabarlo por las siguientes circunstancias: "En el presente caso no fue factible recabar la declaración, informe o testimonio del personal médico y administrativo del [Hospital General], debido a las siguientes circunstancias: ➢ En términos del artículo 55 y 55 Bis del Contrato Colectivo de Trabajo en vigor, se implementó la realización de Investigación Laboral para recabar la declaración los empleados del Instituto involucrados en el presente caso. ➢ En virtud de que en su momento no se consideró no grave la irregularidad atribuida, se determinó por parte del área de Investigaciones laborales no citar a

los involucrados y turnar para a la Subcomisión Mixta Disciplinaria su conocimiento y sanción. ➢ La subcomisión mixta determinó no citar a los involucrados, debido a que se encontraba prescrito el caso." (sic)

76. Esta respuesta fue presentada por el IMSS, a pesar de que la investigación por parte de dicho Instituto se inició inmediatamente a los hechos ocurridos el 21 de abril de 2019 y de que esta Comisión Nacional solicitó el primer informe conforme al procedimiento de integración de expedientes el 13 de mayo de 2019.

77. La falta de presentación de los informes individuales de todo el personal del Hospital General involucrado en los hechos impide conocer su versión 23/42 directamente, por lo que ante esta falta de respuesta, conforme al artículo 38 de la Ley de la CNDH los hechos del 21 de abril de 2019 se consideran como ciertos.

78. Adicionalmente, con ambas respuestas elaboradas por personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación (oficio y correo electrónico), esta Comisión Nacional advierte que la omisión de proporcionar atención médica a V1 durante el parto de V3, se consideró como una irregularidad "no grave" y que la investigación careció de perspectiva de género, debido a que no se tomaron en cuenta los riesgos a los que se sometieron al binomio materno-fetal, el estrés y la angustia que generó a V1, V2 y F1 el nacimiento en un lugar inadecuado, insalubre y sin atención médica de V3. Por tanto, estas resoluciones carecen de perspectiva de género pues dejaron de investigar la violencia contra las mujeres, como lo es la violencia obstétrica.

79. Esta Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido normalizada por personal médico y administrativo del sector salud. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redunda en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

80. En otras ocasiones, la violencia contra las mujeres se minimiza y por lo tanto no se investiga adecuadamente. En el presente caso, en la investigación realizada por el IMSS no se analizó la violencia obstétrica cometida contra V1, durante el parto de V3, ni las omisiones en la atención médica como un acto de violencia contra las mujeres y se limitó a analizarlo como hechos meramente laborales y administrativos sin considerar que V1, V2 y F1 solicitaron el servicio en el Hospital General, en varias ocasiones y que V1 suplicaba la atención, sin que nadie respondiera su solicitud.

81. Conforme a estas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal del IMSS del Hospital General, la Comisión Bipartita de Atención al 24/42 Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS y la Jefatura de Servicios Jurídicos son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará", así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

(…)

96. De las constancias que integran el expediente se constató que dentro de las instalaciones del Hospital General se encontraba personal médico, enfermería y de seguridad en la madrugada del 21 de abril de 2019. Se comprueba con la primera ocasión que V1 y V2 acudieron, siendo atendida V1 a las 3:55 horas por SP4; a su vez, SP1, el Director del hospital, proporcionó un listado del personal que se encontraba el día y hora de los hechos. Por lo que la falta de atención no se debió a falta de personal, sino que este personal no cumplió con su obligación de garantizar el derecho a la salud de V1 y V3.

97. El parto fortuito de V1, pudo haberse evitado si el personal del Hospital General hubiera realizado el debido ingreso de V1 a las instalaciones, pues se habría proporcionado la atención médica necesaria ante la urgencia que se presentaba.

(…)

109. ***Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, el personal del Hospital General incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación a una vida libre de violencia obstétrica y al derecho a la protección a la salud en contra del binomio materno-fetal de V1 y V3.***

(…)"

RECOMENDACIÓN 66/2021[12]

En la página de la CNDH no consta el documento oficial de la recomendación; sin embargo, es palpable el comunicado DGDDH/279/2021, de fecha 9 de noviembre de 2021, por el que se emite el comunicado de prensa por el que se informa lo siguiente:

"(…)

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) dirigió la recomendación 66/2021 al director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Alejandro Robledo Aburto, por la negligencia médica cometida por el personal que atendió a una mujer indígena, en enero de 2019, en la Unidad Médica Rural (UMR) de esa dependencia, situada en la comunidad de Nueva Esperanza, en el municipio de Tila, Chiapas, la cual derivó en que el producto de la gestación muriera y permaneciera ya sin vida en el cuerpo de la mujer por cerca de dos semanas.

[12]Recomendación 66/2021, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, COM_2021_279.pdf (cndh.org.mx)

El 17 de diciembre de 2018, la agraviada acudió a la UMR del IMSS para hacerse una revisión de rutina, donde la médica que la atendió le indicó que todo se encontraba normal; sin embargo, cuando asistió nuevamente el 3 de enero de 2019, la doctora le explicó que se encontraba en urgencia obstétrica y que el producto de la gestación tenía aproximadamente 15 días de haber perdido la vida, por lo que le indicó que se trasladara al Hospital Rural de Ocosingo, Chiapas.

Al respecto, la CNDH inició el expediente de queja CNDH74/2019/324/Q, por lo que, para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias y se requirió información al IMSS, que remitió los informes de las personas servidoras públicas que intervinieron en los eventos, y copia del expediente clínico de la agraviada, entre otras evidencias.

Si bien en el expediente clínico existen constancias de que la médica informó a la agraviada que cursaba un embarazo de alto riesgo y de los diferentes síntomas en caso de alarma obstétrica para que ella acudiera a los servicios de salud, ello no es evidencia suficiente para eludir la omisión de la doctora de referir oportunamente a la persona afectada en sus derechos a un segundo nivel de atención para una valoración, diagnóstico y/o tratamiento especializado, lo cual aumentó el riesgo de complicaciones obstétricas que influyeron en la supervivencia del producto de la gestación e incluso pusieron en riesgo la salud de la víctima.

Además, ***no se advierte plenamente que la información fuera comprendida íntegramente por la víctima, especialmente en contexto intercultural que ameritaba su caso, por tratarse de una mujer indígena hablante de la lengua ch'ol y habitante de una comunidad con alto índice de precariedad económica y social****.*
(…)"

RECOMENDACIÓN 04/22[13]

La citada recomendación se emitió al director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pedro Mario Zenteno Santaella, por la inadecuada atención médica proporcionada a una madre y a su hijo recién nacido, en la Clínica Hospital "Dr. Roberto Nettel Flores" en Tapachula, Chiapas, donde negligencia, omisiones y falta de atención especializada, contribuyeron al deterioro en la salud del bebé y a su posterior fallecimiento.

La CNDH contó con elementos que permitieron evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a la vida, a una vida libre de violencia obstétrica y al acceso a la información en materia de salud.

El 12 de octubre de 2018, la mujer, con 40 semanas de gestación, ingresó a ese nosocomio al presentar dolores de parto, por lo que le fue realizada una cesárea; no obstante, según lo confirmó en su investigación la Comisión Nacional, personal del ISSSTE incurrió en negligencia por omisión, ya que a pesar de tener identificados los factores de riesgo con los que el recién nacido cursaba —como fueron cesárea iterativa, doble circular de cordón a cuello (riesgo útero placentario) y situación transversa (riesgo obstétrico)—, y a sabiendas de que la Clínica Hospital no contaba con especialista en pediatría o personal capacitado en reanimación neonatal, no canalizó oportunamente a la madre a otra Unidad Médica que contara con sangre en reserva, especialista en pediatría y los insumos materiales en caso de complicación materna o fetal, dando por resultado el deceso del menor.

Por ello, la CNDH solicitó al director general del ISSSTE que, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente, se brinde la reparación integral por los daños causados a quien por derecho corresponda, que

[13] Recomendación 04/2022, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 15/2020 (cndh.org.mx)

incluya la compensación justa y suficiente con motivo de la inadecuada atención médica que derivó en la muerte del recién nacido, en términos de la Ley General de Víctimas y se le inscriba en el Registro Nacional de Víctimas; se les otorgue atención psicológica y tanatológica que requieran, por las acciones u omisiones, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado, atendiendo a su edad y necesidades específicas.

De la lectura de los medios de prueba ofrecidos por las autoridades responsables, se desprende lo siguiente:

> *38. A la 01:00 horas del día 13 de octubre de 2018, AR1 describió a V1 con frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, rítmicos y de buen tono, con movimientos fetales presentes y sin actividad uterina, refiriendo nuevamente que los resultados de los estudios de laboratorio y la sangre en reserva continuaban pendientes.*
>
> *39. Dos horas más tarde, AR1 recabó el resultado de los estudios de laboratorio realizados a V1 a su ingreso, los cuales evidenciaban un incremento en las cifras de los leucocitos15 de 12,090, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto con doptone, sin alteraciones maternas y fetales, por lo cual indicó manejo y precisó que hasta ese momento no se contaba con sangre en reserva, ni con el especialista en pediatría para vigilancia y atención médica de V2; no obstante, decidió que en caso de que V1 presentara actividad uterina, iniciaría procedimiento quirúrgico sin éstos.*
>
> *40. A las 04:00 horas del mismo 13 de octubre de 2018, V1 presentó dolor obstétrico, siendo atendida por AR1, quien la describió con movimientos fetales activos, frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto rítmicos y de buen tono, presentando dos contracciones durante la revisión; al tacto vaginal advirtió cérvix abierto y reblandecido con salida de moco sanguinolento, por lo cual estableció los diagnósticos de embarazo de término por ultrasonido, cesárea iterativa, paridad satisfecha17 y pródromos de trabajo de parto18 , agregando que ante la urgencia,*

procedió a la realización de dicho procedimiento quirúrgico, sin contar con la presencia de personal médico adscrito al Servicio de Pediatría.

41. Al respecto, ***en la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional, se estableció que AR1 incurrió en inobservancia con lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Preventivas para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico que dispone que: "Todos los pacientes sometidos a cirugía deben tener una provisión mínima de sangre de su grupo sanguíneo en el banco de sangre", toda vez que V1 requería de sangre en reserva al haberse indicado la cesárea como procedimiento quirúrgico en el tercer embarazo que cursaba,*** *aunado a que tenía el antecedente de dos cesáreas previas, circunstancias que en su conjunto ameritaban la necesidad de contar con sangre en reserva para la realización de dicha intervención.*

42. El especialista de esta Institución también precisó que AR1 dejó de observar lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica de Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea la cual establece que: "Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia, y que las pacientes que tengan una o más cesáreas o cicatrices en el cuerpo del útero, deberán ser enviadas a hospitales de segundo nivel de atención".

43. Lo descrito, habida cuenta que AR1 omitió referir a V1 a otra Unidad Médica, decidiendo mantenerla en espera de actividad en el trabajo de parto, a sabiendas de que su proceso resolutivo del embarazo sería a través de cesárea y que el producto se encontraba en posición transversa, con doble circular de cordón a cuello, exponiendo a V1 a un riesgo innecesario de procedimiento quirúrgico urgente o emergente.

RECOMENDACIÓN 14/23[14]

Se emitió la Recomendación 14/2023 al director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Zoé Alejandro Robledo Aburto, por violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia obstétrica, a la vida, y al interés superior de la niñez, en agravio de una mujer que se encontraba en trabajo de parto y cuyo producto sufrió muerte fetal debido a la inadecuada atención médica que recibieron en el Hospital General de Zona número 3 (HGZ3) en Navojoa, Sonora.

En la queja la promovente señala que, siendo derechohabiente del IMSS y cursando un embarazo de 39.5 semanas de gestación, se presentó el 4 de agosto de ese año a las 8:00 horas en el área de urgencias del HGZ-3 del IMSS, donde recibió mala atención por parte de los médicos tratantes y, en dos ocasiones, le pidieron regresar a su casa y volver al hospital horas después, bajo el argumento de que faltaba dilatación.

Agrega que a las 17:00 horas de ese día fue revisada y le informaron que su bebé no tenía movimiento, por lo que le practicaron un ultrasonido que confirmó la falta de signos vitales en el feto y se le suministró medicamento para expulsarlo.

Con el análisis de la información integrada al expediente, la CNDH pudo establecer desde el punto de vista médico-legal, que hubo inadecuada atención médica e inobservancia de la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-SSA2-2016, relacionada con la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, así como de la NOM 004-SSA3-2012, relacionada con la integración del Expediente Clínico.

Especialistas médicos de la CNDH pudieron determinar que, debido a la omisión de los procedimientos, no se elaboró el partograma, cuyo objetivo es proporcionar un resumen

[14] Recomendación 014/2023, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, REC_2023_014.pdf (cndh.org.mx)

pictórico del trabajo de parto y alertar a los profesionales de la salud sobre cualquier problema con la madre o el feto, y que la persona servidora pública señalada como responsable, al no contar con un parámetro de referencia para determinar la evolución del trabajo de parto, ni de la dilatación cervical y el descenso fetal, y tomando en cuenta que se trataba de un médico no especialista en ginecoobstetricia, debió recabar la mayor cantidad de datos clínicos para conocer el estado del embarazo y para identificar oportunamente alguna alteración en el trabajo de parto, situaciones que no ocurrieron. La CNDH pudo acreditar también que por la inobservancia de las normas oficiales no se identificaron oportunamente los datos de hipoxia intrauterina, que es una agresión producida al feto o al neonato por la falta de oxígeno, y que la inobservancia en la integración del expediente clínico impidió retomar los antecedentes de importancia para la evolución del trabajo de parto y, en consecuencia, implementar una conducción oportuna del mismo, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones de salud del producto y a su posterior fallecimiento.

Se comprobó, además, que hay responsabilidad institucional, ya que la misma NOM 007 indica que, los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y debidamente capacitado para atender dichas urgencias, situación que en este caso revela las carencias de especialización y capacitación del personal médico del hospital.

Así, de los trabajos de investigación realizados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, es evidente que se necesita mayor capacitación, mayor número de personal, mayor instrumentación, pues de lo contrario, se pone en riesgo la vida de las madres gestantes y los productos.

Conclusiones

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos

En México aún hay mucho que hacer para poder erradicar la violencia obstétrica en su totalidad, pues esta implica un cambio de mentalidad machista que deviene de años de malas prácticas.

Adicionalmente, aún y cuando existen diversas disposiciones normativas que buscan velar por la correcta atención de las mujeres durante el desarrollo del embarazo, el parto y el puerperio, las prácticas milenarias y las condiciones de operación del sector salud, fungen como un gran obstáculo para lograr la erradicación de la violencia obstétrica.

Las estadísticas y cifras recrean un panorama diverso al que se puede contemplar en las historias que diariamente se reproducen en las usuarias de los servicios médicos públicos y que han quedado plasmadas desde en notas periodísticas hasta en recomendaciones de la CNDH.

Bibliografía

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (octubre 2021). El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes. GIRE Recuperado de https://unadecadajusticiareproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE_INFORME_2021.pdf

Quattrocchi y Magnone, (2020). *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: EDUNLa Cooperativa.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela, libroleyorganicamujer.cdr (asociacionvenezolanademujeres.com.ve)

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Septuagésimo cuarto periodo de sesiones de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. A_74_137-ES.pdf (saludmentalperinatal.es)

Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, Organización Mundial de la Salud, WHO_RHR_14.23_spa.pdf

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "*Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*". 007-SSA2.DOC (www.gob.mx)

Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/pob_hog_vivie/6_dinamicadelasrelaciones_090818-6.pdf

Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2021), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf

Collado Peña, Susana Patricia, "Del sistema de referencia y contrareferencia al multirechazo hospitalario en materia de atención obstétrica", en Sánchez Bringas, Ángeles (coord.), Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México, México, UAM-ITACA, 2014, p. 146.

Informe de Evaluación y Seguimiento, "Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica" de la Secretaría de Salud, INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (www.gob.mx)

Recomendación 22/2021, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, REC_2021_022.pdf (cndh.org.mx)

Recomendación 66/2021, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, COM_2021_279.pdf (cndh.org.mx)

Recomendación 04/2022, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 15/2020 (cndh.org.mx)

Recomendación 014/2023, emitida por la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, REC_2023_014.pdf (cndh.org.mx)

Violencia obstétrica, CONAVIM, ¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica? | Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)

La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer, Instituto Nacional de Salud Pública, ¿Sabes en que consiste la #Violencia obstétrica? | Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)