

violencia obstétrica

UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS



Equipo de trabajo

Dirección

Regina Tamés.

Cuidado editorial

Mariana Roca.

Coordinación y texto

Rebeca Ramos y Karen Luna.

Diseño

Elena Rojas.

Investigación

Alma Beltrán y Puga, Marisol Escudero, Isabel Fulda, Alejandro Galland, Valentina Gómez, Karen Luna, Rebeca Ramos, Jimena Soria y Martín Vera.

Desarrollo Institucional

Jennifer Paine, Julieta Herrera y Antonina Weber.

Documentación y litigio de casos

Alex Alí Méndez, Alma Beltrán y Puga, Jacqueline Álvarez, Ofelia Bastida, Lilia Íñiguez, Silvia García, Yolanda Molina y Anel Ortega.

Administración y Contabilidad

Marisol García, Rosa María Rosas, Elba Aragon, Antonio Baca, Alfredo Cancino, Margarita González, Susana Ibarren, Mario Macías, Micaela Macías, Karen Medina.

Julieta Hernández, Saúl Hernández, Amelia Ojeda y Gabriela Rojo de la Red de Abogadas y Abogados por la Defensa de la Reproducción Elegida (RADAR 4º).

Registro de casos

Ana Ávila, Brenda Rodríguez, Dunia Campos, Omar Feliciano, Georgina Montalvo y Mariana Roca.

Agradecimientos

Consejo Fundador de GIRE

Lucero González, Marta Lamas, María Consuelo Mejía, Patricia Mercado y Sara Sefchovich.

Consejo Asesor de GIRE

Gerardo Barroso, Luisa Cabal, Roy Campos, Genaro Lozano, Francisca Pou, Karla Iberia Sánchez, María Luisa Sánchez Fuentes, Cecilia Suárez, Roberto Tapia, Rodolfo Vázquez y José Woldenberg.

El presente informe se realizó gracias al apoyo de la Fundación Angélica Fuentes.

Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos

© 2015 Grupo de Información
en Reproducción Elegida, A.C.

Teléfonos: 5658.6684/45

correo@giremx.org.mx

gire.org.mx

f: GrupodeInformacionenReproduccionElegida

t:@Gire_mx

Introducción	8
1. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?	12
1.1 Manifestaciones de violencia obstétrica	12
<i>Violencia institucional</i>	13
<i>Violencia de género</i>	14
1.2 La violencia obstétrica desde un marco de derechos humanos	15
<i>Las obligaciones del Estado mexicano en materia de derechos humanos</i>	15
<i>Principios de los derechos humanos de acuerdo con la Constitución</i>	18
1.3 Derechos que están en riesgo en situaciones de violencia obstétrica	19
<i>Derecho a la salud</i>	20
<i>Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes</i>	22
<i>Derecho a la información</i>	24
<i>Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia</i>	25
<i>Derecho a la vida privada</i>	26
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL: EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO	27
2.1 Problemática estructural del Sistema Nacional de Salud	28
2.2 Legislación	31
<i>Ley General de Salud</i>	31
<i>Ley del Seguro Social</i>	32
<i>Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado</i>	34
2.3 Partería en México: una alternativa para la atención del parto	34
3. MARCO NORMATIVO	38
3.1 Legislación	38

<i>Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia</i>	38
<i>Leyes locales de acceso a una vida libre de violencia</i>	46
<i>Contenidos para una ley sobre violencia obstétrica</i>	52
<i>Tipificación de la violencia obstétrica: salida fácil sin cambios reales</i>	53
3.2 Políticas públicas	56
NOM 007	56
<i>Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas</i>	58
<i>Programa de acción específico de salud materna y perinatal</i>	60
4. EXPERIENCIA COMPARADA: VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEY	62
4.1 Venezuela	62
4.2 Argentina	64
5. ACCESO A LA JUSTICIA	68
5.1 Vía administrativa	68
5.2 Comisiones de arbitraje médico	71
5.3 Juicios penales	74
5.4 Comisiones de derechos humanos	75
5.5 Reparación integral por violaciones a derechos humanos	79
6. CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE	82
6.1 Registro	82
6.2 Documentación	83
6.3 Litigio	90
7. RECOMENDACIONES	101
Normativas	101
Implementación de la normativa	101
Acceso a la justicia	102

INTRODUCCIÓN

Regina Tamés

En octubre de 2013, en México se dio a conocer la fotografía de una mujer indígena que dio a luz en el jardín anexo a un hospital de Oaxaca. La indignación no tardó en mostrarse. Irma López, quien había iniciado el trabajo de parto, no fue admitida en el hospital. Le dijeron que esperara, pero durante esa espera nació su hijo. Casos como el de Irma son muy comunes en nuestro país. Muestra de ello es que sólo un par de días después se supo de una mujer en Puebla en una situación similar y de otra en Chiapas, que falleció por una cesárea mal practicada.

Estas y otras conductas constituyen la violencia obstétrica. Durante muchos años, grupos de parteras, organizaciones de la sociedad civil y personas expertas en salud pública, entre otros, han denunciado estos abusos cometidos por el personal de salud en clínicas, centros de salud y hospitales. Pero pareciera que se necesitan más historias para que el Estado se decida a tomar las medidas que se requieren para evitar estos casos.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), en su informe de 2013 *Omisión e indiferencia*, indica que no se conoce la dimensión de la violencia obstétrica en el país. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el embarazo, parto y puerperio y, por tanto, el universo susceptible de sufrir violencia obstétrica es enorme.

La violencia obstétrica existe a partir de la institucionalización de los partos, cuando se adoptó la costumbre de que los partos ocurrieran en centros de salud en lugar de en casas. A partir de este cambio de paradigma, el parto dejó de ser algo natural para ser una práctica médica en la que, como señala la doctora Marbella Camacaro Cuevas, especialista en el área de violencia de género y salud, se trastocan los protagonismos al pasar de las manos de las parteras a los profesionales de la salud. Pero no sólo eso, pues el lugar preponderante ya no lo ocupa la mujer, sino el profesional de la salud. Camacaro cuestiona incluso el hecho de que, siendo los hospitales lugares donde se tratan enfermedades, se piense que son el sitio ideal para traer una nueva vida. Esto

significa que estamos “patologizando lo natural, naturalizando lo patológico”. Si bien la institucionalización ha traído beneficios para las mujeres y sus recién nacidos, también ha incrementado los abusos y ha estimulado conductas que antes no se daban y que ahora denominamos “violencia obstétrica”.

El acceso a los servicios de salud ha sido la apuesta de un gran número de países, como México, que buscan reducir la mortalidad materna. Sin embargo, hay muchas mujeres que siguen sin tener acceso a estos servicios, ya sea porque viven alejadas de las instituciones o por desconfianza. Pero incluso entre aquellas que viven cerca y tienen el acceso, ocurren experiencias aterradoras. Es importante garantizar los servicios de salud para reducir las muertes maternas, pero como ya se menciona en la declaración de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), “la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas. Convertir a las mujeres en agentes activas”.

La reacción inmediata de las autoridades en el caso de Irma fue suspender a dos de los médicos que debieron atenderla, para después, a los pocos días, “exonerarlos”. Esta estrategia tiene efectos mediáticos de gran impacto, pero resulta poco eficaz para hacerle justicia a Irma y evitar casos similares en el futuro. El Estado mexicano, independientemente de la entidad federativa, está obligado a tomar medidas de diversa naturaleza para que se rindan cuentas y se evite la impunidad. La normativa internacional en materia de derechos humanos establece claramente que la rendición de cuentas es un eje prioritario que no se cumple sólo con el análisis de la situación ni con el establecimiento de mecanismos de vigilancia, sino que debe incluir medios de reparación adecuados. Para la ONU, la rendición de cuentas es una de las fases fundamentales, en la que no sólo se requiere transparencia por parte del Estado, sino también una participación activa de las afectadas y de la sociedad civil.

En julio de 2012, la OACNUDH publicó las “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad”. Este documento es la base para realizar un trabajo desde una perspectiva de derechos humanos encaminada a evitar la mortalidad materna y también la violencia obstétrica. El enfoque no es médico, sino de justicia social, en tanto que se refiere

a la posibilidad de que las mujeres o sus familias puedan exigirle al Estado que ha vulnerado sus derechos humanos, incluyendo no sólo denuncias penales en contra de quienes sean los responsables, sino también medidas administrativas y compensatorias que se traduzcan en montos económicos.

En el mismo tenor, se considera la rendición de cuentas en mecanismos de otros sistemas de protección de derechos humanos de la ONU, del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y del sistema europeo. En 2012, Brasil fue condenado por el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) por la muerte de una mujer afrodescendiente de 28 años, que falleció a causa de una concatenación de eventos de violencia obstétrica (Alyne da Silva contra Brasil). El Comité ordenó a Brasil que tomara medidas compensatorias para su familia, así como medidas de prevención para que no haya más casos como éste, tales como garantizar el derecho a la maternidad segura y facilitar el acceso a los cuidados obstétricos, dar capacitación y entrenamiento profesional a los trabajadores de salud, permitir el acceso legal a remedios eficaces y asegurar que los servicios de salud cumplan con estándares internacionales y nacionales, entre otros.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos resolvió en 2003, por medio de una solución amistosa, el caso de María Mamérita Mestanza contra Perú. María era una campesina de cerca de 33 años y madre de siete hijos, que fue acosada por el sistema de salud para que se esterilizara. Recibió varias visitas en las que personal de salud la amenazaba con denunciarlos a ella y a su esposo ante la policía, y le decían que el gobierno había promulgado una ley conforme a la cual la persona que tuviera más de cinco hijos debería pagar una multa y sería llevada a la cárcel. Finalmente, y bajo coacción, lograron el consentimiento de la señora Mestanza para someterse a una operación de ligadura de trompas. Después del procedimiento, fue dada de alta al día siguiente, aun cuando presentaba un cuadro grave con vómitos e intensos dolores de cabeza. La señora falleció en su casa. La Comisión declaró culpable a Perú y se ordenó una investigación y sanción, una indemnización y que se tomaran medidas para que no se repitieran los casos.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos analizó y resolvió en 2011 un caso en contra de Hungría (*Ternovszky contra Hungría*), en el que una mujer embarazada quería tener su parto en casa pero la ley, al no ser muy clara, disuadía al personal de

salud de atender partos domiciliarios y de recurrir a la atención de una partera, pues pensaban que los ponía en riesgo de incurrir en un incumplimiento legal. El Tribunal argumentó en favor de la mujer, señalando que favorecer el sistema de salud resultaba discriminatorio y violatorio del derecho a la vida privada y familiar de las mujeres. El Tribunal, además de ordenar una indemnización, afirmó que debía aclararse la legislación como medida de no repetición.

La presente publicación describe a detalle la situación actual en México respecto al fenómeno de la violencia obstétrica en los últimos tres años. Tras una investigación exhaustiva y gracias al apoyo de la Fundación Angélica Fuentes, el Grupo de Información en Reproducción Elegida presenta los resultados y las posibles soluciones a la violencia obstétrica, siempre pensando en las mujeres, pero a sabiendas que tanto el personal de salud como el Estado podrían resultar beneficiados.*

* Una versión completa de este texto se publicó en *Foreign Affairs Latinoamérica*, Vol. 14: Núm. 1, pp. 23-28. Disponible en: www.fal.itam.mx

1. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto 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 y/o psicológico a la mujer 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.

1.1 Manifestaciones de violencia obstétrica

Las manifestaciones de violencia obstétrica pueden abarcar:

[...] desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor, durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹

Personas expertas en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica. Por un lado, la física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.² Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicos una serie de lineamientos que ha clasificado como:

1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas.

1. Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Disponible en <<http://bit.ly/hF16fY>> [consulta: 04 de junio de 2015]

2. Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que habría que eliminar.
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.³ Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS: máximo entre 10 y 15% de los nacimientos.⁴

Por otro lado, la dimensión psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.⁵

Si bien no ha sido definida por organismos internacionales como Naciones Unidas, es importante la utilización del término de violencia obstétrica para visibilizar que dichas conductas que afectan a las mujeres embarazadas existen, y que el Estado está obligado a tomar medidas para prevenirlas y erradicarlas.

La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen tanto la violencia institucional como la violencia de género. En ese sentido la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres cometida por el Estado y constituye una violación a los derechos humanos.

Violencia institucional

La violencia institucional, de acuerdo con el artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, consiste en actos u omisiones por parte de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diversos tipos de violencia.

3. OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo*, Ginebra, 1996. Disponible en <<http://bit.ly/1Rm6F0a>> [consulta: 20 de octubre de 2015].

4. OMS, "Appropriate technology for birth", en *The Lancet*, Reino Unido, vol. 326, núm. 8452, 24 de agosto de 1985, pp. 436-437.

5. Véase nota 4.

El *habitus* médico

El campo médico, constituido por todas las instituciones y actores en materia de salud, es producto y a su vez produce una serie de subjetividades, como la que Roberto Castro ha denominado *habitus* médico, es decir, todas aquellas predisposiciones que los profesionales de la salud adquieren durante sus años de formación en escuelas y facultades, a través de los rígidos sistemas de jerarquías, castigos, conminaciones, recriminaciones y etiquetaciones —entre ellas de clase y de género—, que reciben y que experimentan durante ese tiempo, como parte misma de su educación profesional. Estas predisposiciones se afianzan en los años de especialización y, después, suelen permear en las relaciones con los y las usuarias de los servicios de salud.⁶

Por tanto, dentro de los contextos de atención de la salud se construyen relaciones profundamente asimétricas entre el personal médico y las y los usuarios de servicios de salud, en donde los primeros pueden imponer una posición de superioridad sobre los segundos y, por tanto, sus reglas.⁷

En general, la violencia institucional en el ámbito de la atención de la salud se reproduce de manera naturalizada y automática en las rutinas de trabajo. Ésta es una de las razones por las que el personal médico admite dificultad para identificar ciertas conductas como lesivas a los usuarios: desde abuso verbal y burlas, indiferencia, no proporcionar información completa, hasta abandono en el cuidado, deficiente atención médica y otras conductas que escalan en gravedad.⁸

Violencia de género

El género es una construcción social mediante la cual se adjudican a las personas roles y expectativas de acuerdo con su sexo. Históricamente ha prevalecido el dominio de lo masculino y una subalternidad de lo femenino, lo cual ha definido las relaciones de poder entre hombres y mujeres.⁹ La violencia contra las mujeres es una manifestación de estas relaciones de poder desiguales, que ha derivado en discriminación hacia las mujeres y en la obstaculización de su pleno desarrollo.

6. Véase, Castro, Roberto, "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México", en *Revista Mexicana de Sociología*, México, vol. 76, núm. 2, abril-junio 2014, págs. 172 y ss. Disponible en <<http://bit.ly/1L1Pboo>> [consulta: 8 de octubre de 2015].

7. Fabiana Fornari, Lucimara, *et.al.*, "Institutional Violence in Primary Care Centers from the Perspective of Female Service Users", en *Cogitare Enfermagem*, vol. 19, núm. 6, oct-dic 2014, p. 619. Disponible en <<http://bit.ly/1KRtV5S>> [consulta: 06 de octubre de 2015].

8. *Ibíd.*

9. Maqueda Abreu, María Luisa, "La violencia de género: concepto y ámbito", en Sitio web del Congreso Internacional de Derecho de Familia, 22 de noviembre de 2005. Disponible en <<http://bit.ly/1dcGxG5>> [consulta: 03 de octubre de 2015].

La violencia contra las mujeres ha sido uno de los mecanismos sociales por los que se les ha forzado a una situación de subordinación con respecto a los hombres.¹⁰

De esta forma, toda acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, por motivos de género, ejercida en el ámbito de atención de la salud reproductiva, constituye una forma de violencia y discriminación contra las mujeres.

1.2 La violencia obstétrica desde un marco de derechos humanos

Las obligaciones del Estado mexicano en materia de derechos humanos

La Constitución y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos reconocen un amplio —y siempre en desarrollo— catálogo de derechos humanos, en conjunto con diversas obligaciones cuyo cumplimiento recae en las diferentes autoridades estatales.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 1° constitucional, todas las autoridades tienen las obligaciones generales de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, así como las obligaciones específicas de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los mismos.

Obligación general de promover

¿Qué significa?

El Estado es responsable de que las personas conozcan sus derechos y cómo hacerlos valer.

La obligación de promover tiene el objeto de ayudar a la modificación de la percepción social en torno a una situación determinada.

Ejemplos de lo que podría implicar en materia de violencia obstétrica

- Difundir entre la población en general —en especial entre las mujeres embarazadas— sus derechos antes, durante y después del parto.

10. Naciones Unidas, Asamblea General, *Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* [A/RES/48/104], 48° periodo de sesiones (1994), preámbulo. Disponible en <<http://bit.ly/1ts69Ae>> [consulta: 10 de agosto de 2015].

- Difundir información sobre prácticas y conductas que son contrarias a los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto.
- Difundir información sobre los mecanismos para investigar y sancionar prácticas contrarias a los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención obstétrica.
- Incluir contenidos de educación en derechos humanos y derechos reproductivos de las mujeres en los programas de estudio de facultades y centros de enseñanza de medicina y enfermería.
- Diseñar y poner en marcha programas permanentes de educación en derechos humanos y derechos reproductivos de las mujeres para todo el personal que interviene en la atención obstétrica.

Obligación general de respetar

¿Qué significa?

El Estado está obligado a abstenerse de actuar o de interferir en el disfrute de un derecho.

Ejemplos de lo que podría implicar en materia de violencia obstétrica

- El personal de salud debe abstenerse de llevar a cabo procedimientos y/o administrar medicamentos sin justificación médica.
- No imponer a las mujeres métodos de anticoncepción; no condicionarlas ni coaccionarlas para obtener la aceptación de un método anticonceptivo.
- No utilizar lenguaje ofensivo, humillante, discriminatorio o sarcástico.
- Abstenerse de coaccionar o amenazar a las mujeres para que acepten intervenciones o medicamentos que no desean ni necesitan.
- No efectuar de manera rutinaria prácticas que la OMS ha catalogado como perjudiciales o ineficaces.

Obligación general de proteger

¿Qué significa?

El Estado está obligado a asegurar los derechos de las personas de posibles daños provenientes tanto de servidores públicos, como de cualquier otra persona, vigilando su actuación con respecto a los derechos humanos y estableciendo mecanismos apropiados para hacerlos valer cuando hayan sido lesionados o estén en peligro de serlo.

Ejemplos de lo que podría implicar en materia de violencia obstétrica

- Monitorear la actuación de todo el personal de salud que tiene alguna participación antes, durante y después del parto.
- Asegurar que existen sistemas idóneos para la elaboración de bases de datos sobre la incidencia de situaciones de violencia obstétrica a nivel local y nacional.
- Disponer de mecanismos para hacer valer los derechos ante alguna situación de violencia obstétrica:
 - ◊ Unidades para interponer quejas en los hospitales y clínicas.
 - ◊ Establecimiento de medidas de carácter administrativo o penal, de acuerdo a la gravedad de las conductas.

Obligación general de garantizar

¿Qué significa?

El Estado está obligado a adoptar las medidas para crear las condiciones necesarias para el disfrute efectivo de los derechos humanos y restituirlos cuando han sido violados.

Ejemplos de lo que podría implicar en materia de violencia obstétrica

- Construir centros de salud y hospitales, priorizando en las zonas de mayor marginación social y económica.
- Dotar de suficientes camas, instrumental, medicamentos y personal debidamente calificado para la atención obstétrica.

- Garantizar que toda mujer, sin importar si está afiliada o no a algún esquema de seguridad social, ni su situación económica, reciba atención en cualquier hospital en caso de emergencia obstétrica.
- Asegurar que la política pública permite el avance progresivo en términos de acceso físico de las mujeres a servicios de salud antes, durante y después del parto; pero también que contribuye a mejorar la calidad y aceptabilidad de la atención médica.
- Cerciorarse de que las políticas en materia de salud garantizan los derechos laborales del personal hospitalario, para asegurar que su desempeño al prestar los servicios sea el máximo posible.
- Asignar recursos suficientes para la implementación efectiva de la política en materia de salud en lo relativo a la atención antes, durante y después del parto.

Principios de los derechos humanos de acuerdo con la Constitución

El artículo 1º constitucional establece un conjunto de principios sobre la interpretación y la aplicación de los derechos humanos. Todos los agentes del Estado mexicano, en cualquiera de los tres poderes y niveles, es decir todos los servidores públicos, están obligados a conducir su actuación de acuerdo con los mismos.

Principio	Significado
Interpretación conforme	La interpretación del sentido de las normas de derechos humanos debe hacerse de acuerdo con el sentido, principios, valores y normas de derechos humanos establecidas en la Constitución y en los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano.
Pro persona	Cuando no sea posible hacer una interpretación conforme y haya conflicto entre normas o interpretaciones, debe elegirse la que sea más extensiva, si se trata de reconocer un derecho; y, por el contrario, la más restringida cuando haya que establecer limitaciones.
Universalidad	Los derechos humanos en su totalidad, en tanto exigencias éticas de la mayor importancia, deben ser reconocidos a toda persona, sin excepción.
Interdependencia	De manera inevitable, el disfrute de cualquier derecho depende del acceso a otro u otros derechos.
Indivisibilidad	Los derechos humanos forman un conjunto o compendio único, por tal motivo, no pueden establecerse jerarquías ni separaciones entre ellos.
Progresividad	Los Estados están obligados a adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas al logro progresivo de la efectividad de los derechos.

La progresividad, principio contenido en los artículos 1º constitucional y 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ha sido históricamente interpretado por los Estados de modo que puedan prorrogar indefinidamente el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos.

En especial cuando se habla de derechos con una marcada carga prestacional, como el de la salud, los Estados frecuentemente han justificado su inacción argumentando insuficiencia de recursos. Sin embargo, tal como ha afirmado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), órgano encargado de la vigilancia del PIDESC, aún en caso de una demostrada escasez de recursos, el Estado sigue obligado a asegurar el disfrute más amplio posible de los derechos, dadas las circunstancias reinantes.¹¹ Esto implica que el Estado debe hacer la ponderación más cuidadosa de las medidas y los recursos que aplicará, orientándolos a resolver de manera prioritaria las carencias de aquellas poblaciones en situación de mayor marginación económica, social y geográfica. El principio de progresividad también implica que el Estado está obligado a establecer y mantener vigilancia en torno al grado de realización de los derechos. Al hablar de progresividad es esencial tener en cuenta que una vez que se han concretizado avances para el disfrute de los derechos, el Estado no debe tomar medidas regresivas salvo bajo situaciones muy específicas. Esta es la prohibición de regresión.

1.3 Derechos que están en riesgo en situaciones de violencia obstétrica

Cuando una mujer embarazada es víctima de violencia obstétrica, uno o varios de sus derechos humanos son vulnerados. A continuación se describe cada uno de los derechos que podrían verse comprometidos a partir de las conductas que constituirían violencia obstétrica, de acuerdo con lo establecido en tratados de derechos humanos.

11. Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general Nº 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto)* [E/1991/23], 5º periodo de sesiones (1990), párrafo 11. Disponible en <<http://bit.ly/1QbbQji>> [consulta: 20 de septiembre de 2015].

Derecho a la salud

La oms ha definido a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”.¹²

El derecho a la salud está reconocido en el artículo 4° constitucional, así como en tratados internacionales que México ha suscrito, como el PIDESC y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

El Comité DESC ha señalado que el derecho a la salud se compone tanto de libertades como derechos:

Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹³

También ha identificado los elementos básicos del derecho a la salud:

Accesibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda persona, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado.

Aceptabilidad

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; es decir, respetuosos de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

Calidad

Además de ser aceptables desde el aspecto cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán también ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Entre otras cosas, ello requiere de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y adecuadas condiciones sanitarias.

12. La definición procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Véase OMS, “Constitución la OMS: principios” en *Organización Mundial de la Salud [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1NUtfzq>> [consulta: 10 de agosto de 2015].

13. Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación general N°14 (2000): *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* [E/C.12/2000/4], 22° periodo de sesiones (2000), párrafo 8. Disponible en <<http://bit.ly/1Tem8RK>>.



No discriminación

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.¹⁴

El derecho a la salud incluye a la salud reproductiva, la cual se define como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.¹⁵

En materia de salud reproductiva, la CEDAW señala específicamente que los Estados Partes tienen la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, así como de garantizarles servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y posparto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.¹⁶

14. *Ibid*, párrafo 12.

15. UNFPA, *Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994. Párrafo 7.2. Disponible en <<http://bit.ly/1FVZyEB>> [consulta: 18 de mayo de 2015].

16. Naciones Unidas, Comité CEDAW, *Recomendación General 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, 20º periodo de sesiones (1999). Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 25 de febrero de 2015].

Derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a la integridad personal está reconocido en la Constitución y en diversos tratados internacionales de los que México es parte, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y comprende la protección a la preservación de las dimensiones fundamentales de la persona: física, psíquica y moral. Esto se traduce tanto en el derecho a la protección de agresiones al cuerpo, ya sea destruyéndolo, causándole dolor físico o daño a su salud, como al derecho a mantener incólumes las facultades psíquicas y morales, lo que guarda relación con la prohibición de ser obligadas, constreñidas o manipuladas mentalmente en contra de la voluntad.¹⁷

Respecto del alcance del derecho a la integridad personal en relación con el derecho a la salud, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CoIDH) ha considerado lo siguiente:

[...] en el marco del derecho a la integridad personal, ha analizado algunas situaciones de particular angustia y ansiedad que afectan a las personas, así como algunos impactos graves por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud. [...] Por tanto, los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.¹⁸

Por tanto, la Corte Interamericana ha señalado que, a efecto de dar cumplimiento a la obligación de garantizar el derecho a la integridad personal y a la salud, los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones. Asimismo, el Estado debe prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto.¹⁹

17. Afanador, María Isabel, "El derecho a la integridad personal, elementos para su análisis" en *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales*, vol. 9, núm. 30, septiembre-diciembre de 2002, p. 148. Disponible en <<http://bit.ly/1Mnu1Pc>> [consulta: 15 de agosto de 2015].

18. Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 noviembre de 2012 Serie C No. 257*, párrafo 147. Disponible en <<http://bit.ly/VUYz0A>> [consulta: 02 de agosto de 2015].

19. Corte IDH, *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261*, párrafo 132. Disponible en <<http://bit.ly/1qSluba>> [consulta: 02 de agosto de 2015].

Por otra parte, la violencia contra las mujeres está considerada como una violación a la integridad personal; es también una forma de discriminación que les impide el goce de sus derechos en pie de igualdad con los hombres. La Convención de Belém do Pará establece como violencia contra la mujer “...cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.²⁰

El derecho a la integridad personal implica la prohibición de la tortura y de penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Existen conductas en los entornos de atención a la salud que más allá de constituir violaciones al derecho a la salud, pueden encuadrar en casos de tortura y malos tratos, como lo ha expuesto el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, “...si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de los detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos”.²¹

El Relator, al investigar las situaciones en centros de salud desde el marco legal de la prohibición de la tortura y malos tratos, resalta que la tarea de erradicar estas conductas en contextos de atención a la salud enfrenta obstáculos como la percepción injustificada de las autoridades de que se pueden defender determinadas prácticas por razones de eficiencia administrativa o por imperativo médico. De esta manera, afirma que hay malos tratos que intentan disculparse bajo políticas de atención a la salud “...beneficiándose de la idea compartida de su pretendida justificación como “tratamiento médico”.²²

Es de llamar la atención, que la OMS no utilice los conceptos del derecho internacional de los derechos humanos para denominar conductas que puedan constituir tratos crueles, inhumanos y degradantes durante el parto, y que más bien se refiere a éstas como conductas en las que se “falta al respeto” o existe el “maltrato”. Lo anterior en virtud de que la calificación dada por este organismo no sólo no coincide con el marco de derechos humanos, sino que pareciera que califica de menos graves estas prácticas realizadas en contra de mujeres en un momento que puede ser de vulnerabilidad tanto física y psicológica²³ para las mujeres, como lo es el parto.

20. OEA, “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: Artículo 1”. Disponible en <<http://bit.ly/1cJ5i72>> [consulta: 12 de agosto de 2015].

21. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes Juan Méndez, [A/HRC/22/53], 22º periodo de sesiones (2013), párrafo 15. Disponible en <<http://bit.ly/1WPSNPF>> [consulta: 29 de julio de 2015].

22. *Ibid*, párrafo 13.

23. OMS, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1McowsK>.

Derecho a la información

El derecho a la información se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además de tratados internacionales de los que México es parte como el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos los cuales, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional.

Para que este derecho se cumpla en relación con la atención del embarazo, el parto y el posparto, las mujeres deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.

El acceso a la información en el ámbito de la atención a la salud supone que ésta se provea de una manera que permita ejercer el consentimiento informado. Así, el concepto de consentimiento informado ha evolucionado para incorporar la comprensión sustantiva del procedimiento ofrecido y no sólo la aceptación formal del mismo. Los proveedores de servicios tienen la responsabilidad de proporcionar información clara y precisa, utilizando lenguaje y métodos comprensibles para la persona usuaria, y facilitar un proceso de decisión completo, libre e informado.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado es un proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento. Para que un consentimiento se considere informado, se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que la persona usuaria reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, que esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeta a ningún tipo de discriminación, amenazas, ni presiones.²⁴

24. FIGO, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana, Londres, 2012. p. 317.

Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia

El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) que define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece en su artículo 7º la obligación de debida diligencia del Estado para investigarla y sancionarla.

Al interpretar el artículo 7º de la Convención Belem do Pará, en la sentencia del caso *Campo Algodonero vs. México*, la ha considerado que el Estado tiene un deber estricto de prevenir, sancionar e investigar la violencia contra las mujeres y que debe adoptar las medidas necesarias para actuar con la debida diligencia en estos casos.²⁵

Este derecho incluye, por supuesto, la protección de sufrir violencia física, sexual y psicológica perpetrada en establecimientos de salud, por el Estado, sus agentes, o por cualquier persona.

Especial protección se reconoce en la normativa internacional en materia de derechos humanos a las mujeres que puedan encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad a la violencia, “...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...”²⁶

En el contexto de la violencia obstétrica, es importante llevar la atención, dentro del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, al derecho a ser valoradas libres de estereotipos y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación, pues tales factores tienen un peso sumamente relevante dentro de la configuración de situaciones de violencia obstétrica.

25. Corte IDH, *Caso González y otras (“Campo Algodonero”) vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C. No.205*, párrafo 450. Disponible en <<http://bit.ly/1kho5vc>> [consulta: 6 de junio de 2015].

26. OEA, “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: Artículo 9”. Disponible en <<http://bit.ly/1cJ5i72>> [consulta: 12 de agosto de 2015].

Derecho a la vida privada

El derecho a la vida privada se encuentra reconocido por diversos tratados, como el artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En términos generales, se refiere a la garantía de que no existan injerencias arbitrarias en la vida privada de una persona o de su familia. En el contexto reproductivo, esto implica el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su procreación (autonomía reproductiva) —incluyendo la decisión de las mujeres, basada en información clara, objetiva y veraz, sobre la forma en que desean que sea su parto—, derecho protegido, además, de forma explícita en el artículo 4º de la Constitución.

Con base en el artículo 11 de la Convención Americana, la ColDH ha sostenido que el ámbito de la privacidad se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública.²⁷ De acuerdo con la Corte, el concepto de vida privada comprende, entre otros ámbitos protegidos, la vida sexual y las relaciones familiares,²⁸ por lo que la injerencia del Estado con menoscabo de la capacidad de las mujeres de decidir de manera libre e informada sobre los procesos del embarazo, el parto y el posparto resulta violatorio de este derecho.

El Comité CEDAW, en su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer, señaló la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres.²⁹ Uno de estos actos es precisamente la violencia obstétrica, que entre otras situaciones, se presenta cuando se impone un método de anticoncepción, particularmente en un momento como un proceso de parto o cesárea, es una violación al derecho a la vida privada de las mujeres.

27. Corte IDH, *Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C. No. 239*, párrafo 164. Disponible en <<http://bit.ly/1fB6mue>> [consulta: 20 de septiembre de 2015]

28. Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010. Serie C No. 216*, párrafo 119. Disponible en <<http://bit.ly/1cJdDuB>> [consulta: 27 de abril de 2015]. *Caso Fernández Ortega y otros vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010. Serie C No. 215*, párrafo 129. Disponible en <<http://bit.ly/1IVMRv4>> [consulta: 27 de abril de 2015].

29. Naciones Unidas, Comité CEDAW, Recomendación General 19. La violencia contra la mujer, 11º periodo de sesiones (1992), párrafo 24. Disponible en <<http://bit.ly/WAF1QA>> [consulta: 20 de septiembre de 2015].

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL: EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Según lo establecido en la Ley General de Salud, en México el Sistema Nacional de Salud se compone por las dependencias y entidades de la Administración Pública —tanto a nivel federal como local—, las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones. En materia de salud, la ley establece competencias tanto para la Federación como para los gobiernos de las entidades federativas.

La Secretaría de Salud federal es quien tiene a su cargo la coordinación del Sistema Nacional de Salud: la determinación de su alcance, modalidades y las acciones que sean necesarias para consolidar su funcionamiento. Le corresponde también evaluar la prestación de los servicios en materia de salubridad general en todo el territorio nacional y vigilar el cumplimiento de toda la normatividad en la materia.

Para colaborar en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la ley asigna para los gobiernos de las entidades federativas competencias como el establecimiento de sistemas locales de salud en concordancia con el Sistema Nacional. También les compete formular y desarrollar programas locales de salud, elaborar información estadística local y vigilar en el ámbito de su competencia el cumplimiento de la legislación en materia de salud, entre otras.

El Sistema Nacional de Salud está compuesto por el sector público, que comprende al sector social y los servicios estatales, y el sector privado:

Funcionalmente, el sistema de salud en México se divide en tres niveles de atención:

El primer nivel se compone de una red de unidades médicas que proporcionan atención ambulatoria, es decir, que no requiere hospitalización. Se trata del primer contacto de las personas con el sistema de salud. Una buena parte de las actividades de salud pública del país se llevan a cabo desde las unidades del primer nivel de salud: promoción de la salud, prevención de enfermedades y detección temprana de padecimientos como cáncer cérvico-uterino, de mama, hipertensión y diabetes, por ejemplo.³⁰

30. Soto Estrada, Guadalupe, *et.al.*, *Rasgos generales del sistema de salud en México*, en González Guzmán Rafael, *et.al.* (coord.), *La salud pública y el trabajo en comunidad*, México, McGraw Hill, 2011, pp. 160-161. Disponible en <<http://bit.ly/1Kiy6n1>> [consulta: 10 de mayo de 2015].

El segundo nivel de atención está conformado por una red de hospitales generales en los que se atiende la mayor parte de casos que requieren internamiento hospitalario o atención de urgencias en México. Los hospitales del segundo nivel de atención se organizan en las cuatro especialidades básicas de la medicina: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.³¹

El tercer nivel de atención es el más complejo. Se trata de una red de hospitales de alta especialidad, en los que bien puede haber un conjunto de subespecialidades que no hay en los otros niveles, o pueden estar dedicados a algún campo específico, por ejemplo el Instituto Nacional de Perinatología, el de Cancerología o Pediatría. En estos hospitales encontramos personal con conocimientos más específicos, así como tecnología más compleja, para el tratamiento de problemas de salud que los otros dos niveles no pueden resolver.³²

2.1 Problemática estructural del Sistema Nacional de Salud

Un aspecto importante para entender la incidencia de las situaciones de violencia obstétrica es el contexto en el que se producen.

Las distintas culturas, momentos históricos, intereses económicos y las luchas de sectores de la población han contribuido a modelar la fisonomía actual del Sistema de Salud mexicano.³³ Éste se caracteriza por ser fragmentado y complejo, tanto en el aspecto normativo como en las diversas instituciones que lo conforman, la forma de acceso y la cobertura de los servicios de salud, los aspectos administrativos y financieros.

En México, el disfrute del derecho a la salud se caracteriza por la desigualdad: la posibilidad para una persona de estar inscrita o no en un esquema de seguridad social o el hecho de vivir en una entidad federativa u otra, aun con seguridad social, en realidad son factores que marcan diferencias sustantivas, no sólo en la salud de las personas, sino en su vida.

Bajo la premisa de acceso universal, se ha soslayado dar solución a la baja calidad y los problemas de infraestructura y equipamiento que por años han afectado la prestación de servicios de salud en las instituciones del sector público. Por ello, a pesar de esfuerzos como el Seguro Popular (SP) —esquema pensado para personas que no tienen un trabajo formal— y los acelerados ritmos en la afiliación a éste, el derecho a la salud de muchas personas en México sigue siendo una mera ficción.

31. *Ibid.* p. 161

32. *Ibid.*

33. *Ibid.* p. 153.

SECTOR PÚBLICO

IMSS
ISSSTE
 Hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX)
 Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
 Secretaría de Marina (SEMAR)

Hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud (SSA)

Hospitales y clínicas de los Sistemas locales de Salud

Hospitales y clínicas del Programa IMSS-Prospera

Seguro Popular de Salud

Universo de usuarios atendidos

Personas jubiladas
Trabajadores del sector formal
Familias de trabajadores del sector formal

Población que no tiene seguridad social: autoempleados
 trabajadores del sector informal
 personas desempleadas

Financiamiento

Proviene de tres fuentes:
 Contribuciones gubernamentales
 Contribuciones del empleador
 Contribuciones de los trabajadores

Recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales.
 Además, los usuarios pagan una cuota de recuperación al recibir el servicio
 El Seguro Popular de Salud se financia mediante recursos del gobierno federal, de los gobiernos estatales y cuotas familiares

SECTOR PRIVADO

Consultorios, clínicas y hospitales privados

Población con capacidad de pagar los servicios

Primas de los seguros médicos privados, desembolso que hace el usuario al recibir la atención

Asa Cristina Laurell ha afirmado que, a pesar de que se han promovido con insistencia los avances del Seguro Popular, sus problemas en la atención superan a los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Y que, además, su presupuesto, el acotado paquete de servicios que ofrece, así como el personal, la infraestructura y los medicamentos, son insuficientes para garantizar lo que pretende.³⁴

En México, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud es una de las más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y aproximadamente la mitad del gasto total en salud es pagado directamente por el usuario de los servicios de salud. De igual manera, el número de médicos per cápita en el país (2.2 por cada mil habitantes), de personal de enfermería (2.6 por cada mil habitantes) y de camas de hospital (1.6 por cada mil habitantes) se encuentran por debajo del promedio de países de la OCDE de 3.2, 8.8 y 4.8, respectivamente.³⁵

Rosario Valdés ha señalado los problemas en la organización de los niveles de salud: tenemos un primer nivel de salud insuficientemente desarrollado, lo que ocasiona que sobre el segundo y tercer niveles recaiga un peso mayor, con frecuencia de manera innecesaria:

...uno de los aspectos que contribuye a su sobrecarga laboral es la manera en que el primer nivel de atención lleva a cabo la referencia de usuarias hacia los hospitales de segundo y tercer nivel. Coinciden en que derivarles casos sin referencia adecuada o aquellos que se pueden detectar y atender en el centro de salud aumenta su carga laboral e impacta en los tiempos de atención brindados.³⁶

Similar a otros sistemas de salud latinoamericanos, prevalece en el sistema mexicano una lógica de mercado en la que el objetivo es la maximización de la productividad, a toda costa. En el terreno concreto de la atención a las mujeres durante el parto esto se traduce en que la mujer, el personal médico y el de enfermería fungen como meras "...piezas de una maquinaria que dará como resultado un 'producto' saludable".³⁷

34. Laurell, Asa Cristina, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO, 2013, p. 114. Disponible en <<http://bit.ly/1LJd1m4>> [consulta: 5 de julio de 2015].

35. OCDE, *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*. Disponible en <<http://bit.ly/1PrtdVb>> [consulta: 5 de julio de 2015].

36. Valdés Santiago, Rosario (coord.), *El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo*, México, INSP, 2013, p. 21. Disponible en <<http://bit.ly/1k2zzlh>> [consulta: 16 de agosto de 2015].

37. Campiglia, Mercedes, "Violentar el nacimiento", en *El Cotidiano, revista de la realidad mexicana actual*, año 30, núm. 191, mayo-junio 2015, p. 86. Disponible en <<http://bit.ly/1L5HKbd>> [consulta: 20 de mayo de 2015].

Roberto Castro y Joaquina Erviti dan cuenta de una “lógica médico-administrativa altamente racionalizante” bajo la cual, la rutina médica durante la atención del parto está pensada y orientada a preservar la funcionalidad institucional.³⁸ La misma formación profesional del personal médico y de enfermería tiene lugar bajo un rígido esquema de rangos y jerarquías que ha sido comparado al de la milicia, y con una lógica de funcionamiento fincada en la maximización de la productividad, poco propicia para fomentar que las relaciones entre el personal médico y las usuarias de los servicios de salud obstétrica se establezcan desde la igualdad y el reconocimiento de los derechos humanos³⁹ de que son titulares.

2.2 Legislación

Ley General de Salud

La Ley General de Salud⁴⁰ (LGS) reglamenta el derecho humano a la protección a la salud, previsto en el artículo 4º constitucional. En esta ley se establecen las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud así como la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

El capítulo v de esta Ley, dedicado a la atención materno-infantil, establece como acción prioritaria en el artículo 61, la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención psicológica que sea necesaria.

Se establece la responsabilidad para la Secretaría de Salud federal de impulsar acciones orientadas a la identificación y erradicación de factores de riesgo en la salud de las mujeres embarazadas y a la mejora en el acceso y calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, mediante medidas como la capacitación de parteras tradicionales en la atención obstétrica (artículo 64, fracción iv); la participación de la sociedad civil y el sector privado en Redes de Apoyo a la Salud Materna (artículo 64 bis); y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil (artículo 62).

38. Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en *Revista CONAMED*, vol. 19, núm.1, 2014, p. 40. Disponible en: <<http://bit.ly/1VQrSG9>> [consulta: 20 de mayo de 2015].

39. Castro, Roberto, “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”, *op.cit.*, pp. 191-192.

40. “Ley General de Salud” en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1RbaBke>> [consulta: 08 de julio de 2015].

Es importante destacar que el 15 de octubre de 2015, el Senado aprobó por unanimidad⁴¹ adiciones tanto a la Ley General de Salud como a la Ley del Seguro Social y a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en materia de atención de urgencias obstétricas.

En tal tenor, se adicionó un artículo 64 bis I a la LGS :⁴²

Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Ley del Seguro Social

Establece las bases del Seguro Social, instrumento básico de la seguridad social, que es un servicio público de carácter nacional para garantizar, entre otros, el derecho a la salud y la asistencia médica para la población trabajadora asegurada y sus familias.

41. El Proyecto de Decreto, pasará al Ejecutivo a efectos de su sanción y publicación en el Diario Oficial de la Federación.

42. El artículo 34 de la Ley General de Salud clasifica a los prestadores de servicios de la salud en: I. Servicios públicos a la población en general; II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten y; IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.



El Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo público descentralizado, está a cargo de la organización y administración del Seguro Social.

La Ley⁴³ organiza las bases para la cobertura de contingencias y prestación de servicios en cada uno de los regímenes que establece: el régimen obligatorio y el régimen voluntario.

Los artículos 94 y 95 disponen que en cualquiera de los regímenes, la mujer asegurada recibirá asistencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio.

El artículo 89, fracción v,⁴⁴ establece que la atención de mujeres con urgencia obstétrica es obligatoria, independientemente de su derechohabiencia o esquema de aseguramiento:

Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en términos de las disposiciones aplicables para tal efecto, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

43. "Ley del Seguro Social" en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1hEuS5J>> [consulta: 12 de junio de 2015].

44. Esta adición también es parte de las reformas recién aprobadas por el Senado en materia de urgencias obstétricas. Véase nota 39.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Organiza las bases de la seguridad social para la población de trabajadores al servicio del Estado y sus familias. La administración de los seguros, prestaciones y servicios que establece esta Ley⁴⁵ está a cargo del ISSSTE, que es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Como en el caso del IMSS, también se establece el régimen obligatorio y el voluntario, y entre los seguros que se disponen, está el de salud, que por una parte incluye la atención médica preventiva, incluyendo la atención materno infantil (artículo 34); y, por otro lado, la atención curativa y de maternidad (artículo 35), que comprende la asistencia obstétrica necesaria a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo (artículo 39).

La atención obligatoria de mujeres que presenten urgencia obstétrica está establecida en el artículo 31 bis.⁴⁶

Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencia obstétrica, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

2.3 Partería en México: una alternativa para la atención del parto

Se estima que para el año 2030 existirán 3.1 millones de embarazos en México. Para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos, el Estado mexicano deberá proveer atención en salud disponible, aceptable, accesible y de calidad. El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) firmados por México en 1990, incluye la reducción en 75% de la razón de mortalidad materna (RMM) así como el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.⁴⁷

45. "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1Nd6l2Y>> [consulta: 12 de junio de 2015].

46. Esta adición también es parte de las reformas recién aprobadas por el Senado en materia de urgencias obstétricas. Véase nota 39.

47. UNFPA, International Confederation of Midwives, OMS, *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal en salud, un derecho de la mujer*. Nueva York, , junio 2014. Disponible en <<http://bit.ly/1KqUGyJ>> [consulta: 20 de abril de 2015].

La saturación del sistema de salud —en particular de los hospitales de segundo y tercer nivel que proporcionan atención obstétrica a las mujeres— afecta de manera importante la calidad de la atención y dificulta el cuidado de emergencias obstétricas.⁴⁸

En respuesta, algunos países han comenzado a apostar por la redistribución de los partos sin complicaciones hacia el primer nivel de atención, garantizando la referencia de casos complicados cuando así lo ameriten, e incluyendo a profesionales de nivel medio —como enfermeras obstétricas— para la atención obstétrica desde las etapas preconcepcionales, pasando por el embarazo, el parto y el puerperio.

Por lo tanto, han comenzado a mirar la importancia de formar parteras profesionales así como enfermeras obstétricas entre el personal capacitado para la atención obstétrica. En efecto, de acuerdo con un reporte publicado en 2014 por el Fondo de Población de Naciones Unidas, la oms y la Confederación Internacional de Matronas, las parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres embarazadas y recién nacidos.⁴⁹

La LGS y su reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica son los instrumentos jurídicos que regulan la prestación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, en México. En este sentido, la legislación en materia de salud señala a las personas facultadas para brindar servicios de obstetricia y planificación familiar y para recetar medicamentos, así como sus obligaciones en la prestación de estos servicios. En su artículo 64, fracción IV establece la obligación de las autoridades sanitarias de capacitar a dichas personas con el objetivo de fortalecer su competencia técnica en la atención. Si bien el marco jurídico incluye una referencia a la partería tradicional, ésta es sólo para efectos de determinar la obligación del Estado de proveer cursos de capacitación, sin que ello implique un reconocimiento de la partería como parte del sistema de salud, público o privado, en México.

Por su parte, la Constitución reconoce el derecho de las personas a elegir libremente la profesión o trabajo que deseen mientras sea lícita. Al respecto, señala que la legislación de cada entidad establecerá las profesiones que requieren de un título profesional

48. Berdichevsky, Karla, *Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México: Informe final*, México, Fundación MacArthur, 2013.

49. *El estado de las parteras en el mundo*, 2014, *op.cit.*



para su ejercicio. Existen entidades del país, como el Distrito Federal y el estado de México, cuyas legislaciones sobre el ejercicio profesional expresamente consideran a la partería como una profesión que requiere de título y cédula profesional. Otras, como Sonora, establecen que aquellas profesiones relacionadas con sectores de la salud requieren de título profesional para su ejercicio, sin especificar de manera particular lo relativo a la partería. Así, a pesar de que en algunas entidades la partería está reconocida como una profesión cuyo ejercicio requiere de un título profesional, esto no es una constante en todo el país y a nivel federal el Estado no ha emitido normativa alguna que la defina y establezca sus límites de actuación. Esto es crucial para garantizar seguridad jurídica tanto a las parteras como a las mujeres cuyos embarazos y partos atienden.

De acuerdo con información del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en octubre de 2013 había 23 parteras técnicas contratadas en hospitales de Guerrero (9), Veracruz (5), San Luis Potosí (5), Puebla (3) y Tabasco (1).⁵⁰ Por otro lado, de acuerdo con el Fondo de Población para las Naciones Unidas, en la actualidad existen en México 78 parteras profesionales oficialmente registradas.⁵¹ Aunque esto representa un comienzo importante, persisten grandes

50. Listado de parteras técnicas profesionales contratadas por los servicios de salud estatales. Documento con información actualizada a octubre 2013 elaborado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Véase Berdichevsky, K., *op. cit.*, p.8.

51. *El estado de las parteras en el mundo*, 2014, *op. cit.*



retos relacionados con la atención obstétrica y la partería, como la falta de claridad en el marco jurídico respecto a la acreditación y capacitación de parteras, la falta de reconocimiento del valor de la partería tradicional —en especial en las comunidades donde existen importantes barreras para acceder a los servicios formales de salud—, y la reticencia por parte del gremio médico para la inclusión de personal de nivel medio capacitado para la atención del embarazo, parto y puerperio.

A pesar de que el proyecto de revisión de la NOM 007 hace referencia a la importancia de la partería en la atención de las mujeres embarazadas y los recién nacidos, el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 no hace mención específica a la partería ni a la necesidad de incluir personal de nivel medio y capacitado en la atención obstétrica como estrategia para reducir la muerte materna en el país. Es decir, el Programa mantiene una visión limitada de la atención obstétrica y no promueve la inclusión de prestadores de servicios calificados alternos a los médicos, como las parteras profesionales o las enfermeras obstetras, que permita responder a la alta demanda y la falta de calidad de dichos servicios en el país. Esta omisión, en el marco de la enorme deuda del Estado mexicano para la reducción de la muerte materna, es una clara muestra de la urgente necesidad de un diálogo informado sobre el papel que puede cumplir la integración de personal de nivel medio en la atención obstétrica en México.

3. MARCO NORMATIVO

Con el objetivo de visibilizar la violencia obstétrica como una de las formas de violencia en contra de las mujeres, en los últimos años se han presentado varias iniciativas de reforma a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y a las estatales en la materia. Sin embargo, al respecto cabe señalar que la violencia obstétrica se puede encuadrar en las figuras de violencia institucional y de género ya existentes en la Ley. En ese sentido, a pesar de que no estuviera definida de manera explícita, la normativa referente a estos tipos de violencia supone la obligación del Estado de tomar las medidas necesarias para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica para lo cual ya existen también políticas públicas que son indispensables para este objetivo.

3.1 Legislación

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Esta Ley,⁵² expedida en 2007, tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios, para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizarles una vida sin violencia, según lo dispone su artículo 1°.

Las disposiciones de esta Ley, son de orden público, de interés social y de observancia general en la República Mexicana.

En los últimos años se han presentado varias iniciativas de reforma a esta Ley con el objeto de visibilizar la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres. Sin embargo, aun cuando en la Ley no quedara explícitamente incluida, otras figuras en la misma, como la violencia psicológica, física e institucional, proporcionan un marco adecuado para el encuadre de las conductas que constituyen violencia obstétrica:

52. "Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia" en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1GHkKQf>> [consulta: 12 de junio de 2015].

Violencia psicológica en la LGAMVLV:**(artículo 6, fracción I de la LGAMVLV)**

Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Ejemplos de conductas constitutivas de violencia obstétrica que pueden encuadrar en esta figura:

- Regaños.
- Humillaciones .
- Amenazas.
- Ignorar a las mujeres. Indiferencia ante su dolor y sus reclamos.
- Chistes y burlas entre el personal de salud.
- Utilizarla como recurso didáctico sin su consentimiento.

Violencia física en la LGAMVLV:

Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Ejemplos de conductas constitutivas de violencia obstétrica que pueden encuadrar en esta figura:

- Realizar cesárea existiendo condiciones favorables para el parto vaginal.
- Hacer episiotomías y suturas sin anestesia.
- Golpes en cualquier parte del cuerpo.
- Maniobra de Kristeller sin que exista necesidad de hacerlo.
- Manejo del dolor como castigo.
- Daños a la salud.

**Violencia institucional en la LGAMVLV:
(artículo 18 de la LGAMVLV)**

Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

Ejemplos de conductas constitutivas de violencia obstétrica que pueden encuadrar en esta figura:

- La negación de la atención médica a mujeres con síntomas de proceso de parto, que en muchas ocasiones, son obligadas a parir en baños, pasillos, salas de espera o incluso en la vía pública, poniendo en riesgo la salud y la vida de la mujer.
- Daños a la salud.

Aunque la intención de algunas y algunos legisladores al buscar incluir de manera explícita una definición de violencia obstétrica haya estado motivada por el objeto de otorgarle visibilidad, preocupa que en la definición que se adopte quede un listado de conductas específicas, de manera taxativa, ya que esto resultaría limitativo y contraproducente para identificar situaciones de violencia obstétrica y lograr que las víctimas puedan acceder a una reparación integral.

Iniciativas de reforma sobre violencia obstétrica a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Legislador: Dip. Ricardo Mejía Berdeja (Movimiento Ciudadano)

Fecha de presentación: 5 de junio de 2013

Propuesta

Artículo 6.

VI. La violencia obstétrica. Es todo abuso, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleven a cabo los profesionistas, técnicos auxiliares y similares de las diferentes áreas médicas que dañen, denigren, discriminen y brinden un trato inhumano a la mujer, durante el embarazo, parto, posparto y puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Estatus: Retirada el 5 de diciembre de 2013.

Legisladora: Sen. Diva Gastelum Bajo (PRI)

Fecha de presentación: 5 de noviembre de 2013

Propuesta

Artículo 6.

VI. La violencia obstétrica: Es toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud que dañe lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna

y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Estatus: En Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados para dictamen (Cámara revisora).

Legislador: Dip. Abel Octavio Salgado Peña (PRI)

Fecha de presentación: 23 de julio de 2014

Propuesta

Artículo 6.

VI. Violencia obstétrica: Toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud, tanto médico como administrativo, que dañe física o psicológicamente, denigre o discrimine a la mujer, durante el embarazo, el parto, el posparto y el puerperio.

Se presumirá violencia obstétrica, toda conducta u omisión, de los mismos sujetos, que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad; la imposición de métodos anticonceptivos sin mediar consentimiento de la mujer, la práctica del parto por vía cesárea, existiendo la posibilidad para efectuar el parto natural y sin haber obtenido la renuncia voluntaria, expresa e informada de la mujer a esta posibilidad.

Estatus: Desechada el 21 de agosto de 2015.

Legisladora: Dip. Martha Lucía Mícher Camarena (PRD)

Fecha de presentación: 15 de diciembre de 2014

Propuesta

Artículo 6.

VII. Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal de Sistema Nacional de Salud, de tipo médico o administrativo, que dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la negación de la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos a las mujeres, trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

Se caracteriza por:

- a) Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado.
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.
- f) Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Estatus: En Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados para someterse a dictamen.

Legisladora: Sen. Alejandra Barrales Magdaleno (PRD)

Fecha de presentación: 28 de abril de 2015

Propuesta

Artículo 6.

VI. Violencia obstétrica: Es todo acto u omisión por el personal de salud, tanto médico, auxiliar y administrativo, que en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer en su salud física y psicoemocional, durante el periodo de embarazo, parto, posparto, puerperio y procesos reproductivos, en los que se presume negligencia en la atención médica que exprese un trato deshumanizado, que conlleve a la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y capacidad reproductiva.

Estatus: Pendiente en las comisiones de Salud y Estudios Legislativos.

Legislador: Grupo Parlamentario del PRD

Fecha de presentación: 23 de junio de 2015

Propuesta

Artículo 6.

VII. Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal de Sistema Nacional de Salud, de tipo médico o administrativo, que dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva, un trato inhumano o degradante, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre sus cuerpos y los procesos reproductivos. Se caracteriza por:

a) Negar la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado.
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- f) Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Estatus: Pendiente de turnarse a comisiones.

Legisladora: Dip. Erika Irazema Briones Pérez (PRD)

Fecha de presentación: 6 de octubre de 2015

Propuesta

Artículo 6.

VI. Violencia obstétrica: Es la acción u omisión por parte del personal médico o administrativo, que dañe, lastime o denigre a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la negación de la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos a las mujeres, trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

Estatus: Pendiente de turnarse a comisiones.

Leyes locales de acceso a una vida libre de violencia

A nivel local, las legislaturas de diez estados: Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz, han incorporado definiciones de violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Sin embargo, preocupa la taxatividad con la que se establecen las conductas constitutivas de violencia obstétrica en algunas leyes.

Entidad: Chiapas

Definición

Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VII. Violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

Fecha de publicación: 14 de septiembre de 2011

Entidad: Chihuahua

Definición

Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VI. Violencia obstétrica: Es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Fecha de publicación: 16 de julio de 2014

Entidad: Colima

Definición

Artículo 30 bis.

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

Fecha de publicación: 16 de mayo de 2015

Entidad: Durango

Definición

Artículo 6. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

III. Violencia obstétrica: Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.

Fecha de publicación: 5 de marzo de 2015

Entidad: Guanajuato

Definición

Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VIII. Violencia obstétrica: es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.

Fecha de publicación: 3 de diciembre de 2013

Entidad: Hidalgo

Definición

Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VI. Violencia obstétrica: Aquella ejercida por el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas:

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

Artículo 45. Corresponde a la Secretaría de Salud:

XII. También, de acuerdo a su disponibilidad presupuestaria, deberá:

- a) Garantizar que los servicios de salud cuenten con los establecimientos, bienes, servicios de salud y personal capacitado e idóneo que contribuya a asegurar el derecho de la mujer embarazada y puérpera.
- b) Promover, tanto en el sector público como privado, la reducción en el número de cesáreas, hasta llegar a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
- c) Capacitar y sensibilizar al personal del sector salud, con el fin de prevenir actos de violencia obstétrica.
- d) Ejecutar acciones de información y difusión, dirigidas al público en general en las que se incluyan los derechos con los que cuentan y los medios administrativos y judiciales, para hacer del conocimiento de las autoridades los actos de violencia obstétrica en su contra, considerando las lenguas indígenas que se hablan en la Entidad.
- e) Establecer mecanismos de monitoreo y sanciones administrativas que permitan visibilizar y sancionar la violencia obstétrica.
- f) Promover servicios especializados de atención a mujeres que hayan sido víctimas de violencia obstétrica; y

XIII. Las demás previstas para el cumplimiento de la presente Ley.

Fecha de publicación: 30 de marzo de 2015

Entidad: Quintana Roo

Definición

Artículo 5. Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VII. La violencia obstétrica: Es toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Fecha de publicación: 9 de diciembre de 2014

Entidad: San Luis Potosí

Definición

IX. Violencia obstétrica: Todo abuso, conducta, acción u omisión intencional, negligente y dolorosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañen, denigren, discriminen y den un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en:

- a) Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada.
- b) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas.
- c) No propiciar el apego precoz del bebé con la madre, sin causa médica justificada.

d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, o uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias.

e) Practicar el parto vía cesárea cuando existen condiciones para parto normal (...)

Fecha de publicación: 30 de junio de 2015

Entidad: Tamaulipas

Definición

Artículo 3. Para los efectos de esta ley se consideran manifestaciones de violencia contra la mujer, las siguientes:

f) Obstétrica: toda acción u omisión que ejerza el personal médico o de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto o puerperio, expresada en:

I. La negligencia en su atención propiciada por la falta de un trato humanizado.

II. El abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

III. La práctica del parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para que éste sea natural. El parto vía cesárea podrá efectuarse siempre y cuando no existan riesgos que, a consideración del médico, entrañen un probable daño a la salud del producto o de la paciente.

IV. El uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

V. El obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

Fecha de publicación: 24 de marzo de 2015

Entidad: Veracruz

Definición

Artículo 7. Son tipos de violencia contra las mujeres:

VI. La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Fecha de publicación: 28 de febrero de 2008

Contenidos para una ley sobre violencia obstétrica

Desde GIRE se considera que en caso de que la decisión del Legislativo sea la de incorporar una definición de violencia obstétrica, debe asegurarse que los siguientes elementos estén incluidos:

- Que la violencia obstétrica puede cometerse tanto por acciones como por omisiones.
- Que tiene lugar en el ámbito de atención del embarazo, parto y puerperio.
- Que se expresa en un trato cruel, inhumano o degradante hacia las mujeres y/o un abuso de medicalización de los procesos naturales.
- Que tiene como resultado la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre las distintas etapas del embarazo, trabajo de parto, del alumbramiento y el nacimiento.
- Que la violencia obstétrica es un problema estructural, que va más allá de actitudes individuales.

Tipificación de la violencia obstétrica: salida fácil sin cambios reales

La función penal del Estado es la que implica las afectaciones más gravosas y trascendentales sobre las personas en quienes recae la sanción. Existe un vasto desarrollo doctrinal que advierte la necesidad de respetar los principios y limitaciones propios del derecho penal; recurrir de manera desproporcionada a éste para el tratamiento de problemas sociales de la más diversa índole y origen no es, en sí mismo, compatible con un Estado democrático de derecho.⁵³

El derecho penal tiene la misión de proteger aquel conjunto de intereses de la más especial importancia para la vida en sociedad; no está llamado ni a proteger la totalidad de los intereses sociales, ni tampoco a proteger a los mismos de la totalidad de las afectaciones que pudieran sufrir, sino sólo de aquellas que entrañan la máxima gravedad. Para la protección de otros intereses y/o de otras afectaciones a los mismos, existe una variedad de medidas propias de otras ramas del ordenamiento jurídico, como las del derecho civil o del administrativo, por ejemplo.⁵⁴

Tomar la decisión de establecer una sanción penal, o de endurecerla, siempre debe ser la última de las posibles medidas para el tratamiento de un problema social. Sólo debe pensarse en la intervención del derecho penal cuando otras medidas hayan resultado ineficaces.

Comprender lo anterior es fundamental antes de la toma de una decisión tan delicada como la tipificación de la violencia obstétrica. Como se ha podido apreciar en la presente investigación, la incidencia de la violencia obstétrica guarda una estrecha relación con un contexto específico caracterizado por cuestiones que escapan por completo a la misión del derecho penal, en un país desbordado por la demanda y en el que la inversión en salud es baja. Por ejemplo, transformar las actitudes, prejuicios y rutinas dañinas que forman parte de la dinámica misma en que se forma y educa al personal médico en las facultades; o la falta de infraestructura, personal e insumos para ofrecer una atención adecuada a cada usuaria de los servicios de salud. De hecho, penalizar podría incluso agregar más cuestiones problemáticas antes que contribuir a proteger a las mujeres de este tipo de violencia.

53. González-Salas Campos, Raúl, *La teoría del bien jurídico en el derecho penal*, 2ª edición, México, Oxford, 2001, p. 97.

54. Ferrajoli, Luigi, *Derecho penal mínimo y bienes jurídicos fundamentales*. Disponible en <<http://bit.ly/1Gq1njK>> [consulta: 21 de septiembre de 2015].

La sanción individual que el derecho penal plantea, en ningún modo soluciona las fallas estructurales señaladas, que ocasionan que el personal médico deba desempeñar su trabajo en condiciones que merman su capacidad y la calidad de la atención que brindan.

No está justificado recurrir al derecho penal cuando el Estado dispone de toda una variedad de medidas menos lesivas y que son capaces de abordar el conflicto de manera eficaz, atendiendo las causas que lo originan. La respuesta no radica en engrosar cada vez más los códigos penales creando más tipos penales en un intento de resolver todo conflicto; la autoridad no puede considerar que tipificando la violencia obstétrica se resuelven apremiantes situaciones que tendrían que solucionarse desde el terreno de la política pública en materia de salud, incluyendo la parte presupuestal, y el reforzamiento del marco normativo y de derechos humanos para la atención obstétrica.

Aunado a lo anterior, la legislación penal ya prevé diversos tipos penales bajo los cuales quedan protegidos aquellos bienes jurídicos que pueden verse lesionados en los casos de violencia obstétrica que son responsabilidad directa del personal de salud. Por ejemplo: lesiones, amenazas, abuso de autoridad, o la negativa del profesional médico a prestar asistencia a una persona en caso de urgencia, poniendo en peligro su vida.⁵⁵ Todas estas conductas pueden utilizarse por las mujeres que sufran violencia obstétrica en la búsqueda de justicia vía penal.

Por otro lado, debería asegurarse que conductas como la esterilización forzada sí estén penalmente sancionadas: sólo está prevista en los códigos penales de 15 entidades federativas.⁵⁶

A pesar de lo anterior, en los códigos penales de tres estados se considera la violencia obstétrica un delito: Veracruz, Guerrero y Chiapas. En el caso de Veracruz, dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia.

El Código Penal de Veracruz, en su artículo 363 establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

55. Este último delito está contemplado en la Ley General de Salud, en el artículo 469.

56. Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

- i. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- ii. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- iii. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- iv. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.
- v. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.
- vi. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario mínimo para el caso de las fracciones i, ii, iii y iv; para quien incurra en los supuestos de las fracciones v y vi, las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario mínimo.

Por su parte, con la publicación del Código Penal del estado de Guerrero el 1 de agosto de 2014 se tipificó de la siguiente manera el delito de violencia obstétrica:

Artículo 202. Violencia de género: Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas.

Artículo 203. Definiciones. Para los efectos de este delito se entenderá por:

iii. Violencia obstétrica: Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En el caso de Chiapas, el 24 de diciembre de 2014 se publicó una reforma al código penal estatal en el que se establece el delito de violencia obstétrica de la siguiente forma:

Artículo 183 Ter. Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Con independencia de las lesiones causadas, al responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual.

Artículo 183 Quater. Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:

- i. Omita la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- ii. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- iii. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- iv. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

3.2 Políticas públicas

NOM 007

La NOM 007-SSA2-1993, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*, establece, como su nombre lo indica, criterios mínimos para la atención médica de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Este conjunto de criterios son de aplicación obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud. El objeto de esta Norma es homogeneizar procedimientos y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo.

Para la atención del parto, entre otras cuestiones, se establece que:

- Durante el trabajo de parto normal no deben emplearse analgésicos, sedantes y anestesia de manera rutinaria.
- No debe aplicarse la ruptura artificial de membranas con el único motivo de acelerar el parto.
- La episiotomía sólo debe practicarla personal calificado que conozca la técnica de reparación adecuada, y mediando indicación por escrito e informando a la mujer.
- Durante el trabajo de parto normal, deben de respetarse las posiciones que la mujer desee realizar, siempre que no exista contraindicación médica.
- Como parte del control del trabajo de parto normal, se debe mantener bien hidratada a la mujer.
- Se establece el inicio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 30 minutos posteriores al parto, siempre que las condiciones de la mujer lo permitan.
- Se establece que el porcentaje recomendado de cesáreas es de 15% para los hospitales del segundo nivel y de 20% para los del tercer nivel.

Con respecto a la calidad de la atención se establece que ésta debe ser impartida con calidad y calidez, y se prevé la participación de la partería asistencial y la enfermería obstétrica con la finalidad de lograr menor intervención en el proceso fisiológico y natural durante el parto. En cuanto a los procedimientos a realizarse durante la atención del parto, se reconoce la necesidad de contar con evidencia científica y respetar el consentimiento informado de las mujeres.

El 1 de abril de 2014 se aprobó para su publicación en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Modificación a la NOM 007, mediante el cual quedaría actualizada de acuerdo a la más reciente evidencia científica y técnica, e implicaría el impulso a la mejora del fortalecimiento de los servicios de salud obstétrica.

Sin embargo, al cierre de esta publicación, las modificaciones a la NOM 007 aprobadas en la sesión del Comité consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNPCE) no han sido publicadas por la Secretaría de Salud federal.

La Norma actualizada contiene disposiciones de gran relevancia que significarían un paso positivo en el esfuerzo de evitar las situaciones de violencia obstétrica. El hecho de que la expedición de las modificaciones se encuentre inexplicablemente detenida a más de un año y medio de su aprobación, constituye una grave afrenta contra los derechos reproductivos de las mujeres.

Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas

La complejidad y fragmentación del Sistema Nacional de Salud representan una barrera para que las mujeres puedan acceder a los servicios de atención de salud en caso de presentar una emergencia obstétrica. En mayo de 2009, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE firmaron el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas con el objetivo de reducir la muerte materna a través de una mayor colaboración entre las unidades médicas hospitalarias de dichas instituciones.

Dicho Convenio establece que cualquier mujer embarazada puede acudir a alguna de las unidades médicas hospitalarias de las instituciones participantes a solicitar el servicio médico para que se determine si presenta una emergencia obstétrica. En caso de que así sea, la unidad médica ponderará si es posible atender adecuadamente a la usuaria con la capacidad resolutoria con la que cuenta, o si la gravedad del caso hace necesario trasladarla de manera inmediata a otra unidad médica cercana con mayor capacidad resolutoria, infraestructura y personal médico. Todo ello es gratuito y sin importar la condición de derechohabiente de la mujer.

A pesar de que este Convenio representa un paso positivo en términos de políticas públicas, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) ha identificado estas fallas en su implementación:⁵⁷

57. Ramírez Rojas, Guadalupe y Graciela Freyermuth Enciso, "Consideraciones sobre la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal: la experiencia de la atención de las emergencias obstétricas" en *Observatorio de Mortalidad Materna en México. Documentos [sitio web]*. Disponible en <<http://bit.ly/1jBjE3K>> [consulta: 12 de junio de 2015].

- El Convenio y los beneficios que de él derivan suelen ser desconocidos tanto por las mujeres como por las unidades médicas. El OMM indica que el empleo del Convenio ha sido fortuito en muchas ocasiones, ya sea porque algún familiar o médico conoce la existencia del Convenio y lo solicita o porque, por la gravedad de la situación, las mujeres exigen la atención.
- Se ha usado limitadamente el Convenio debido a que las unidades médicas hospitalarias de las instituciones participantes acostumbran referir a las pacientes a otras unidades de su misma institución, y sólo en casos excepcionales las trasladan a unidades de otra institución, lo anterior a pesar de que ello podría significar mayor pérdida de tiempo en el traslado y, como consecuencia, una demora de la atención a la usuaria.
- A pesar de que en el Convenio participan las principales instituciones de salud, la capacidad resolutive para la atención de emergencias obstétricas es desigual. Además, son sólo 414 unidades de salud en todo el país las que participan en el Convenio, y hospitales como el Instituto Nacional de Perinatología y los servicios de salud de Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa y Marina están fuera del mismo.

El 28 de abril de 2015 fue dictaminada en positivo por las Comisiones Unidas de Seguridad Social y Estudios Legislativos de la Cámara de Senadores la iniciativa con proyecto de decreto presentada por la diputada Flor de María Pedraza (PAN), con el fin de incluir dicho Convenio en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La iniciativa busca establecer en dichas normas que las mujeres que presenten una urgencia obstétrica podrán acceder a una atención expedita en cualquier institución de salud, independientemente de su derechohabiencia, y de forma gratuita para las mujeres en condición de pobreza o alta marginación.

Así, pretende incluir el artículo 64 bis a la Ley General de Salud para quedar como sigue:

Artículo 64 bis I. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

Además, busca adicionar una fracción v al artículo 89 de la Ley del Seguro Social:

Para el Instituto, será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

El 15 de octubre de 2015, el Senado aprobó por unanimidad adiciones tanto a la Ley General de Salud como a la Ley del Seguro Social y a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en virtud de las cuales se incorporó a la legislación el Convenio. Al cierre de este informe queda pendiente la publicación por parte del Ejecutivo.

Programa de acción específico de salud materna y perinatal

De manera tardía (en 2014), la Secretaría de Salud federal publicó el Programa de Salud Materna y Perinatal para el periodo 2013-2018, que establece como objetivo principal que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, en particular los relativos a la salud materna y perinatal.

El Programa señala que en el Sistema Nacional de Salud, en 2012 se identificaron instituciones que tenían más de 50% de nacimientos por cesárea, cifra que es notablemente superior a la recomendada tanto por la OMS, como en la NOM 007.

Entre las estrategias y líneas de acción que el Programa establece, las siguientes son especialmente importantes para apuntalar los esfuerzos para erradicar las situaciones de violencia obstétrica:

Estrategia 2.1 Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, preconcepcional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.	Líneas de acción 2.1.1 Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales. 2.1.2 Sensibilizar y capacitar al personal, para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.
Estrategia 2.3 Apoyar la gestión para el equipamiento e insumos en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.	Líneas de acción 2.3.1 Promover la adquisición de insumos, equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración. 2.3.2 Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.
Estrategia 2.4 Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.	Líneas de acción 2.4.1 Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal. 2.4.4 Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

Entre los retos identificados en el Programa está la aplicación de los servicios con perspectiva de género e interculturalidad con respeto a los derechos humanos, la disminución del número de cesáreas y contar con el personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios.

4. EXPERIENCIA COMPARADA: VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA LEY

Como antecedente de la inclusión en México de la violencia obstétrica en la legislación, otros países de la región reformaron sus leyes para reconocer y sancionar este tipo de violencia en contra de las mujeres. Estos son los casos de Venezuela y Argentina, que en los años 2007 y 2009, respectivamente, establecieron la violencia obstétrica como delito, dado lo cual resulta relevante conocer los términos de la regulación y los efectos que ésta ha tenido en la prevención y eliminación de la violencia obstétrica.

4.1 Venezuela

Venezuela fue el primer país en América Latina en señalar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género contra las mujeres y tipificarla como delito. La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue publicada el 15 de marzo de 2007 y en su artículo 15 incluye la descripción de la violencia obstétrica como:

...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.

Además, se señalan en el artículo 51 aquellas conductas que configuran el delito de violencia obstétrica:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

La sanción para las personas responsables de violencia obstétrica consiste en multa de doscientas cincuenta unidades tributarias.

En un estudio exploratorio que incluyó a 425 usuarias ingresadas en la maternidad Concepción Palacios, ubicada en la ciudad de Caracas, se descubrió que a 66.8% les fueron practicados actos médicos sin consentimiento y que 49.4% de las usuarias padecieron alguna forma de trato deshumanizante por parte del personal médico: a 23.8% se les impidió el contacto con sus recién nacidos y 21.6% fueron criticadas por llorar o gritar durante el parto.⁵⁸

En el mismo estudio se señala el hecho de que no existen estadísticas oficiales en Venezuela que den cuenta de la incidencia de la violencia obstétrica, y que existe un alto grado de desconocimiento acerca de la misma, tanto por parte del personal médico, como por las mujeres.⁵⁹

El caso de Venezuela es un ejemplo de que considerar la violencia obstétrica como delito es una medida que no resulta idónea para enfrentar dicha problemática, pues las rutinas de trabajo en los hospitales en Venezuela cumplen con un patrón acorde al modelo institucional de atención obstétrica venezolano, como ha explicado la doctora Marbella Camacaro Cuevas⁶⁰ estudiosa venezolana del tema de violencia obstétrica. De esta manera, la solución debería estar enfocada primordialmente a la transformación de dicho modelo hegemónico de atención obstétrica, antes que en la individualización de sanciones al personal médico.

A la fecha de elaboración de la presente investigación, un Proyecto de Ley del Parto y el Nacimiento Humanizado se discute en la Asamblea Nacional. Se señala que, de aprobarse, esta ley implicaría la modificación de los protocolos tradicionales de atención a embarazadas; a partir de la publicación de esta ley, los centros de salud dispondrían de seis meses para adecuar sus protocolos y su infraestructura para poder estar en condiciones de cumplir con la atención humanizada que supuestamente exigiría la normativa.

58. Terán, Pablo, et. al., "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias", en *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, vol. 73, núm. 3, año 2013, p. 175. Disponible en <<http://bit.ly/1K6CxjQ>> [consulta: 12 de junio de 2015]

59. *Ibíd.*, p. 178.

60. Camacaro Cuevas, Marbella, et. al., "Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica", en *Utopía y praxis latinoamericana*, año 20, núm. 68, p. 116. Disponible en <<http://bit.ly/1jvkJJJ>> [consulta: 22 de agosto de 2015]

También se prevé la clausura de hospitales desde 48 horas hasta dos años, en tanto que el personal médico puede ser destituido o penalizado con multas.⁶¹ Sin embargo, hay voces que señalan, al igual que GIRE, que de no solucionarse el problema de escasez de insumos, difícilmente podrá cumplirse lo establecido en el proyecto de ley.⁶²

De nueva cuenta, la penalización al personal médico es ineficaz cuando el problema está estrechamente vinculado a aspectos de insuficiencia de la infraestructura física para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

4.2 Argentina

Similar al caso de Venezuela, en Argentina también se señala la inexistencia de datos oficiales que den cuenta de la incidencia de violencia obstétrica: “Se entiende que sólo existen algunos relatos aislados que darían cuenta de la existencia de este tipo de violencia, los que provienen del ámbito privado de ciertas mujeres que expresan sus experiencias y las transmiten a otras”.⁶³

Una investigación realizada en la tercera maternidad más grande de Argentina, en la que se realizaron encuestas tanto a usuarias como a personal médico, reveló la persistencia de conductas constitutivas de violencia obstétrica: De las mujeres encuestadas, 44.4% afirmó haber recibido maltrato verbal. En lo relativo a procedimientos médicos sin consentimiento informado, a 86.6% le rompieron artificialmente la bolsa, a 96.6% se le administró medicación para acelerar el parto, a 63.3% se le realizaron tactos vaginales de manera reiterada y por diversas personas y a 73.3% le hicieron una episiotomía. Cien por ciento de las mujeres afirmó que se llevaron a su hijo de inmediato tras el parto.⁶⁴

En la misma investigación se indica que hay desconocimiento en torno a la violencia obstétrica por parte del personal de salud, o bien, que no admite que la ha ejercido, pero que también las mujeres suelen desconocer sus derechos y cómo hacerlos valer.

61. Tejero, Suhelis, “La Ley del Parto Humanizado espera por segunda discusión en la AN”, en *Contrapunto [sitio web]*, 20 de mayo 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1L9mAO1>>

62. *Ibid.*

63. Quevedo, Paula, *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género*, Mendoza, Argentina, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2012, p. 3. Disponible en <[http:// bit.ly/1ZzoIWD](http://bit.ly/1ZzoIWD)> [consulta: 10 de mayo de 2015].

64. Datos de la investigación realizada por Paula Quevedo en el Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Por otro lado, el Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires ha señalado que la violencia obstétrica es una de las modalidades de violencia más invisibilizadas, y que “...la falta de anestesia en determinadas prácticas, el ocultamiento de información a la paciente que le permita decidir sobre su cuerpo y su salud, la vulneración de su intimidad y la no consideración de las pautas culturales, son quejas concretas recibidas en la Defensoría...”.⁶⁵

En Argentina, en el año 2009 quedó establecida la definición de violencia obstétrica dentro de la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia a las mujeres, de ámbito de aplicación nacional:

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.⁶⁶

Esta Ley está orientada principalmente a promover y garantizar el desarrollo de políticas públicas sobre violencia contra las mujeres, la remoción de patrones socioculturales que promueven la desigualdad de género, y a asegurar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Establece tipos de violencia contra las mujeres: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica; así como modalidades de la misma: doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática.

En uno de los cuatro títulos que conforman esta Ley, se incluyen disposiciones relativas a la denuncia por violencia contra las mujeres:

- Por una parte, toda mujer que haya sufrido violencia en los términos de esta Ley, puede interponer denuncia ante cualquier juez o jueza de cualquier fuero e instancia, o ante el Ministerio Público, tanto de forma oral como escrita.⁶⁷

65. Según reza el comunicado institucional de fecha 21 de mayo de 2015 de la Defensoría, sin embargo, no existen en la página datos en torno a las quejas recibidas. Véase <<http://bit.ly/1GFWcHI>>

66. Argentina, “Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Artículo 6” en *Boletín Oficial de la República de Argentina*, 1ª sección, año XVII, núm 31.632, 14 de abril de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/1VQ0qbH>> [consulta: 20 de marzo de 2015].

67. Aunque la denuncia puede interponerse ante cualquiera de las instancias señaladas, conocerá la causa el juez que resulte competente de acuerdo a la materia que corresponda, según los tipos y modalidades de violencia de que se trate, según el artículo 22.

- Por otro lado, la Ley le establece la obligación, para toda persona que se desempeñe laboralmente en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público como en el privado, de interponer denuncia penal cuando, con motivo o en ocasión de sus tareas, tuvieran conocimiento de que una mujer padece violencia, siempre que los hechos pudieran constituir delito. Sin embargo, también dispone que es obligatorio para estas mismas personas, formular las denuncias que correspondan cuando tengan conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres, aunque éste no configure delito.

Además de que, como ya se ha explicado en este Informe, desde GIRE no se considera que la vía penal sea idónea en materia de violencia obstétrica, resulta confuso, en el caso de esta Ley, que la obligación de interponer la denuncia —penal o no—, recaiga en la parte que materialmente puede ejercer actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, esto es, el personal de salud.

A la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres se concatena la Ley Nacional de Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento, en cuyo artículo 2° se reconocen los siguientes derechos de las mujeres en relación al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto:

- Ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

Acerca de esta ley, voces críticas hacen notar que la misma se edifica sobre el modelo médico hegemónico, al reforzar un modelo único de atención al parto y considerar el contexto médico hospitalario como único lugar en donde ocurriría el mismo.⁶⁸

68. Aragón, Mariana, "Violencia obstétrica vs. Parto respetado. Apuntes para un debate urgente a través del texto de la Ley Nacional 25.929", en *X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2013: memorias*. Disponible en <<http://bit.ly/1Qom93>> [consulta: 20 de marzo de 2015].

5. ACCESO A LA JUSTICIA

A pesar de que en México existe una variedad de procedimientos que pueden iniciarse ante situaciones de violencia obstétrica —civiles, penales o administrativos—, ninguno prevé el establecimiento de medidas de reparación integral por violaciones de derechos humanos. El Estado debe asegurar que las víctimas de violencia obstétrica tengan acceso a recursos efectivos y protección judicial, lo que es fundamental para garantizar que se investiguen las violaciones a los derechos humanos y, en su caso, se sancionen. A través de la atribución de responsabilidad al Estado por situaciones de violencia obstétrica se pueden identificar las prácticas que la perpetúan, reparar las violaciones a derechos humanos de las víctimas y promover garantías de no repetición. Ante este panorama, desde GIRE se ha impulsado la utilización de los mecanismos de queja ante las comisiones de derechos humanos tanto locales como la nacional, por tratarse del mecanismo que puede establecer reparaciones integrales.

5.1 Vía administrativa

El recurso más inmediato ante una situación de violencia obstétrica es la presentación de un escrito de queja ante una unidad de contraloría interna de la institución de salud. A partir de ésta, se iniciará la investigación en torno a las deficiencias en la atención médica que se hayan reportado. El procedimiento que debe seguirse para la queja es determinado por cada institución de salud. La falta de homogeneidad crea incertidumbre respecto del procedimiento que debe seguir una mujer que ha sufrido violencia obstétrica, además de que el hecho de que la queja se interponga ante la misma institución sobre la que se denuncia la violencia obstétrica, y sea la misma institución la que decida el trámite y resultado de la misma, puede crear un conflicto de interés para establecer la responsabilidad del personal de salud.

Quejas ante prestadores de servicios de salud con motivo de atención obstétrica

	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
IMSS	Respondió no tener competencia para contestar la solicitud.	Respondió no tener competencia para contestar la solicitud.
ISSSTE	60	33
SSa Federal	Remiten a la CONAMED.	

Secretarías de Salud locales	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
Aguascalientes	2	1
Baja California	2	1
Baja California Sur	3	1
Campeche	0	0
Chiapas	-	9
Chihuahua	4	6
Coahuila	3	3
Colima	0	0
Distrito Federal	18	18
Durango	5	-
Guanajuato	No se registra en el sistema la información tal como fue requerida.	No se registra en el sistema la información tal como fue requerida.
Guerrero	44 (29 por malos tratos y 15 por negligencia).	130
Hidalgo	10	0 por violencia obstétrica, pero 5 quejas por concepto de especialidad médica y obstetricia.
Jalisco	10	No hay documentos con las características señaladas.
México	14	14
Michoacán	0	0
Morelos	54	54
Nayarit	0	0
Nuevo León	2	1
Oaxaca	6	0
Puebla	0	0

Secretarías de Salud locales	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
Querétaro	1	2
Quintana Roo	0	0
San Luis Potosí	8	2
Sinaloa	8	5
Sonora	-	-
Tabasco	La autoridad declaró no tener competencia.	La autoridad declaró no tener competencia.
Tamaulipas	-	-
Tlaxcala	-	-
Veracruz	14	14
Yucatán	-	-
Zacatecas	8	0
TOTAL	216	266

(-) Sin respuesta.

Por otra parte, los juicios de responsabilidad administrativa sólo proceden en casos en que esté involucrado personal de salud de instituciones públicas. De acuerdo con la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos —que regula este mecanismo— en caso de incumplimiento de obligaciones, el servidor público puede ser sometido a un procedimiento administrativo y a las sanciones correspondientes, que pueden consistir en amonestación privada o pública, suspensión del empleo o cargo, destitución del puesto, sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.

Además de las sanciones previstas para los prestadores de servicios públicos de salud, ya sea por medio de escritos de queja o de procesos de responsabilidad administrativa, la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado regula este tipo de responsabilidad estatal. Por medio de los procedimientos establecidos en esta Ley puede lograrse el reconocimiento del derecho a la indemnización de quienes sufran



daños en sus bienes y derechos como consecuencia de la actividad administrativa irregular del Estado.

De esta forma, es posible, ante un daño sufrido a consecuencia de una situación de violencia obstétrica, exigir al Estado el pago de una indemnización. Sin embargo, ésta no implica una reparación integral de la violación de derechos humanos ni incluye garantías de no repetición que modifiquen las causas estructurales que originan la incidencia de situaciones de violencia obstétrica.

5.2 Comisiones de arbitraje médico

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal con autonomía técnica para emitir acuerdos y laudos. Fue creada en 1996 con el objeto de ofrecer mecanismos alternos de solución de controversias entre prestadores de servicios de salud y usuarios.

Cada entidad federativa tiene su propia regulación en torno al funcionamiento interno de sus órganos de arbitraje médico. Sin embargo, no en todas las entidades se cuenta con uno.⁶⁹

69. Baja California Sur, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Quintana Roo y Zacatecas no cuentan con comisión de arbitraje médico.

Aunque la CONAMED y las comisiones de arbitraje locales pueden ser una posibilidad para que las víctimas de violencia obstétrica obtengan una indemnización de manera más rápida y sencilla que ante un tribunal, al centrarse este mecanismo exclusivamente en la actuación individual del personal de salud, no analiza los obstáculos o fallas estructurales que provocaron la situación de violencia obstétrica, no permite establecer garantías de no repetición, y la conciliación o laudo en que concluye limita sus efectos sólo a las partes involucradas. GIRE realizó solicitudes de acceso a la información tanto a la CONAMED como a las comisiones locales. Por un lado, se preguntó el número de quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto; por otro, el número de quejas recibidas por violencia obstétrica. El propósito de realizar estos cuestionamientos fue identificar qué tanto ha permeado el concepto de violencia obstétrica en dichas instancias.

Quejas ante las Comisiones de Arbitraje Médico

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
	0	0

Comisiones locales	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
Aguascalientes	4	Las quejas por violencia obstétrica no son recibidas porque no es una instancia competente para recibirlas.
Baja California	0	0
Baja California Sur	No hay comisión local de arbitraje.	No hay comisión local de arbitraje.
Campeche	6	0
Chiapas	0	0
Chihuahua	No hay comisión local de arbitraje.	No hay comisión local de arbitraje.
Coahuila	-	-
Colima	-	-
Distrito Federal	No hay comisión local de arbitraje.	No hay comisión local de arbitraje.

Comisiones locales	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica
Guanajuato	0	0
Guerrero	3	3
Hidalgo	-	-
Jalisco	24	No está registrado el concepto de violencia obstétrica.
México	22	0
Michoacán	-	-
Morelos	-	-
Nayarit	1	1
Nuevo León	11	-
Oaxaca	-	-
Puebla	-	-
Querétaro	0	0
Quintana Roo	No hay comisión local de arbitraje.	No hay comisión local de arbitraje.
San Luis Potosí	17	15
Sinaloa	12	0
Sonora	-	-
Tabasco	-	-
Tamaulipas	4	0
Tlaxcala	-	-
Veracruz	-	-
Yucatán	-	-
Zacatecas	No hay comisión local de arbitraje.	No hay comisión local de arbitraje.
TOTAL	203	118

(-) Sin respuesta.

Si bien aún suele catalogarse la violencia obstétrica dentro de los malos tratos y negligencia médica, ya hay evidencia de que el concepto de violencia obstétrica empieza a considerarse de manera diferenciada (118 quejas por violencia obstétrica en total). Por otro lado, el elevado número de quejas tanto de malos tratos y negligencia durante la atención del parto y de violencia obstétrica, juntos, evidencian fallas estructurales que necesitan abordarse de manera urgente.

5.3 Juicios penales

Como se señaló anteriormente, desde GIRE se considera que en temas relativos al acceso a servicios de salud, la vía de solución jurídica no debería de ser la penal, pues gran parte de los casos de violencia obstétrica están estrechamente relacionados a las fallas estructurales del sistema de salud y las precarias condiciones en que los prestadores de servicios de salud deben realizar su labor. Imponer sanciones penales al personal de salud que comete actos de violencia obstétrica debido a las graves deficiencias propias del sistema de salud, deja sin resolver las causas de fondo del fenómeno, por lo que resulta una medida poco eficaz para resolver la incidencia en México.

Sin embargo, en casos en los que se configuran delitos por parte del personal médico, como la esterilización forzada, lesiones o amenazas, la vía penal es un mecanismo de acceso a la justicia para las víctimas y sus familiares. El artículo 228 del Código Penal Federal también prevé los delitos por responsabilidad médica, al señalar que: “Los profesionistas...serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión”. Aparte de las sanciones penales que deriven de los delitos que cometan, a los profesionales de la salud y auxiliares se les puede suspender temporal o definitivamente de ejercer, además de que tendrán la responsabilidad de reparar el daño causado.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a las procuradurías de justicia locales de aquellas entidades en las que la violencia obstétrica está tipificada (Chiapas, Guerrero y Veracruz) acerca del número de denuncias por violencia obstétrica. Las autoridades cuestionadas reportaron un total de una denuncia (Veracruz). Por lo que toca a la entidad de Chiapas, reportó cero denuncias. También se cuestionó al Poder Judicial de tales entidades federativas con respecto al número de juicios

penales por el delito de violencia obstétrica, así como por sentencias emitidas. Respecto del número de juicios penales, los poderes judiciales locales de Guerrero y Veracruz reportaron cero procesos penales; mientras que en el caso de Chiapas se informó que los mecanismos de registro que manejan no cuentan con el nivel de detalle de la información que fue solicitada. Con respecto al número de sentencias emitidas, tanto Guerrero como Veracruz reportaron cero y en el caso de Chiapas se adujo que el mecanismo que utilizan no cuenta con el nivel de detalle de la información solicitada.

Denuncias, juicios penales y sentencias relativas a violencia obstétrica

Entidad federativa	Número de denuncias recibidas por violencia obstétrica (Procuraduría de Justicia local)	Número de juicios penales por el delito de violencia obstétrica (Poder Judicial local)	Número de sentencias por el delito de violencia obstétrica (Poder Judicial local)
Chiapas	0	Se respondió que los mecanismos de captación de información no manejan el nivel de detalle de la información solicitada.	Se respondió que los mecanismos de captación de información no manejan el nivel de detalle de la información solicitada.
Guerrero	-	0	0
Veracruz	1	0	0

(-) Sin respuesta.

5.4 Comisiones de derechos humanos

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones locales de derechos humanos tienen su fundamento constitucional en el artículo 102 apartado B. Estos organismos autónomos están facultados para conocer de quejas respecto de actos u omisiones violatorios de derechos humanos provenientes de funcionarios públicos, así como para emitir recomendaciones públicas, autónomas y no vinculantes, dado que no son instancias judiciales. Debido a esto último, el cumplimiento de las mismas depende en última instancia, de la voluntad política de la institución pública correspondiente.

Sin embargo, a través de la realización de una investigación diligente y la formulación clara de obligaciones a cargo de las instituciones públicas, puede contribuirse en la mejora de la actividad administrativa. En casos de violencia obstétrica, las comisiones loca-

les y nacional de derechos humanos pueden constituirse en piezas clave para ofrecer una vía de acceso a la justicia que ofrezca recomendaciones con perspectiva de derechos humanos y contribuya a demandar e implementar garantías de no repetición.

GIRE realizó solicitudes de acceso a la información a la CNDH y a las comisiones de las entidades federativas. Se les cuestionó acerca del número de quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto, y también por el número de quejas recibidas por concepto de violencia obstétrica. El fin de preguntar de manera diferenciada responde al interés por conocer hasta qué grado es utilizado el concepto de violencia obstétrica por estos organismos. De las solicitudes se obtuvo que, en el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 2015, se recibieron en total 132 quejas por violencia obstétrica, y son 14 las recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas por igual concepto.

Quejas en contra de prestadores de salud con motivo de atención obstétrica

Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Número de recomendaciones emitidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por violencia obstétrica	Número de recomendaciones cumplidas por violencia obstétrica
	119	9	1	10

Comisiones locales de derechos humanos	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Número de recomendaciones emitidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por violencia obstétrica	Número de recomendaciones emitidas por violencia obstétrica
Aguascalientes	0	0	0	0
Baja California	-	1	0	0
Baja California Sur	0	0	0	0
Campeche	0	0	0	0
Chiapas	-	1	1	0
Chihuahua	105	0	0	0
Coahuila	3	2	0	0
Colima	-	-	-	-
Distrito Federal	3	-	3	2
Durango	14	1	14	1
Guanajuato	24	64	0	0
Guerrero	15	2	1	0
Hidalgo	7	3	7	0
Jalisco	32	3	-	-
México	3	1	48	0

Comisiones locales de derechos humanos	Quejas recibidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Número de recomendaciones emitidas por malos tratos y negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención del parto	Quejas recibidas por violencia obstétrica	Número de recomendaciones emitidas por violencia obstétrica
Michoacán	17	0	2	0
Morelos	0	0	0	0
Nayarit	3	1	0	0
Nuevo León	0	0	5	0
Oaxaca	20	-	20	-
Puebla	7	0	10	4
Querétaro	1	0	8	0
Quintana Roo	4	0	0	0
San Luis Potosí	-	-	-	-
Sinaloa	10	6	10	6
Sonora	1	1	0	0
Tabasco	7	0	0	0
Tamaulipas	8	1	-	-
Tlaxcala	1	0	0	0
Veracruz	5	1	0	-
Yucatán	3	1	3	1
Zacatecas	6	0	-	-
TOTAL	299	89	132	14

(-) Sin respuesta.

Aunque desde GIRE se ha podido observar que persisten deficiencias en recomendaciones emitidas con motivo de violencia obstétrica, también se reconoce que la emisión de las mismas ha sido determinante para lograr acuerdos con las autoridades competentes para reparar adecuadamente las violaciones de derechos humanos cometidas.

Por otro lado, es importante señalar que la CNDH, en su informe de actividades de 2014, señaló que las violaciones más frecuentes reportadas ante dicho organismo fueron las relacionadas con el derecho a la salud que tienen que ver con desatención médica, negligencia médica, abandono del paciente, aislamiento hospitalario, integración irregular de expedientes clínicos, deficientes trámites médicos, y diversas omisiones relacionadas con el suministro de medicamentos, servicios de hospitalización, información sobre el estado de salud e implementación de infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud, entre otros.⁷⁰ El IMSS es la institución que ha recibido el mayor número de recomendaciones por parte de la CNDH con motivo de violaciones al derecho a la salud. Esta información es otra muestra más de la grave problemática estructural de que adolece el Sistema de Salud y que necesita ser atendida en forma urgente.

5.5 Reparación integral por violaciones a derechos humanos

La CoIDH ha establecido que el concepto de reparación integral (*restitutio in integrum*) implica “el restablecimiento de la situación anterior y la eliminación de los efectos que la violación produjo, así como una indemnización como compensación por los daños causados”.⁷¹ El restablecimiento no se refiere a dejar las cosas como se encontraban materialmente antes de la violación, más bien significa colocar a la víctima en un estado de no continuidad de dichas violaciones. Esto es, que pueda gozar plenamente de sus derechos.

La obligación del Estado mexicano de reparar de manera integral las violaciones a derechos humanos tiene fundamento en el artículo 1, párrafo tercero de la Constitución mexicana, y en los artículos 51.2 y 63.1 de la Convención Americana, relacionados con la obligación general de respetar los derechos humanos establecida en el artículo 1.1 de dicha Convención.

70. CNDH, *Informes de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2014*, México, 2015. Disponible en <<http://bit.ly/1fjTRdL>> [consulta: 11 de junio de 2015].

71. Corte IDH, *Caso González y otras ("Campo Algodonero") vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Serie C No. 205*, párrafo 450. Disponible en <<http://bit.ly/1kho5vc>> [consulta: 6 de junio de 2015].

Cuando las violaciones a los derechos humanos responden a una situación de discriminación estructural, como generalmente sucede respecto de los casos de violencia obstétrica, la CoIDH ha determinado que la reparación integral debe “tener una vocación transformadora de dicha situación”. Así, los efectos de la reparación no sólo deben ser de restitución, sino de corregir la situación; no es admisible una restitución a la misma situación estructural de discriminación.

De esta manera, la reparación, más allá de limitarse a restituir a las víctimas a la situación previa a la violación de sus derechos, debe ponderar las consecuencias que las mismas generaron a partir del reconocimiento de la gravedad de los hechos que les dieron origen.

En virtud de que en la mayoría de los casos es imposible volver las cosas al estado en el que se encontraban antes de la violación, dejando sin efecto todas las consecuencias negativas, es necesario ordenar otro tipo de medidas para la reparación de las consecuencias de la situación que se ha generado con la violación de derechos:

Investigación de los hechos e identificar, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables: Aunque el Estado mexicano tiene en sí mismo esta obligación a cargo, como parte del derecho de acceso a la justicia, desde el Sistema Interamericano se ha señalado esta obligación como parte de la reparación.

Ejemplo, en materia de violencia obstétrica: Investigación de los hechos de violencia obstétrica e imposición de las sanciones que correspondan, de acuerdo con la gravedad de las conductas u omisiones, por ejemplo: amonestación privada o pública o suspensión del empleo o cargo en caso de un juicio de responsabilidad administrativa, o la sanción penal que determine el juez, en aquellos casos en que la omisión o conducta sea constitutiva de delito.

Restitución: Su fin principal es regresar a la víctima a la situación previa a la violación de sus derechos humanos, no sólo en el aspecto material, sino al ejercicio de sus derechos.

Ejemplo, en materia de violencia obstétrica: Sensibilización y capacitación del personal de salud en derechos reproductivos de mujeres.

Satisfacción: Su objetivo principal consiste en la reparación del daño inmaterial, es decir, el sufrimiento y aflicciones provocados por la violación de derechos, como el menoscabo de valores muy significativos de las personas y alteraciones (no pecunias) en sus condiciones de existencia. El Sistema Interamericano señala que los actos u obras de repercusión pública son parte de las medidas de satisfacción.

Ejemplo, en materia de violencia obstétrica: Pronunciamiento público por parte del Estado en el que reconozca la responsabilidad por la violencia obstétrica a causa de la deficiente e inadecuada atención médica.

Rehabilitación: Implica la atención médica y/o psicológica o psiquiátrica que debe garantizar el Estado a las víctimas. También deben estar incluidos servicios jurídicos y sociales.

Ejemplo: Atención médica puntual y especializada.

Garantías de no repetición: Estas medidas trascienden el caso en concreto, pues su propósito es prevenir o evitar que los hechos que originaron las violaciones, vuelvan a suceder. Este tipo de medidas son especialmente importantes cuando existen patrones recurrentes de hechos similares y violaciones a derechos humanos. Es común que dentro de las garantías de no repetición se ordene la adopción o reforma de legislación interna, o la adopción de medidas administrativas.

Ejemplo: Implementación efectiva de programas de salud reproductiva acorde con las necesidades de las mujeres y con suficiente financiamiento estatal; modificación de los programas de estudio para la formación profesional del personal de salud, promoviendo una formación permeada por la perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad.

Indemnizaciones: Incluye tanto los daños materiales como los inmateriales, y se traduce en una retribución monetaria para las víctimas, lo cual distingue a la indemnización de las medidas de satisfacción que también son parte de la reparación integral. Al establecer las reparaciones de violaciones a derechos humanos, el Estado mexicano debe considerar tanto los daños materiales como los inmateriales, los primeros son “las

pérdidas o detrimentos de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso”,⁷² en tanto que los inmateriales incluyen “tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas”⁷³ que en ambos casos puede significar el pago de una determinada cantidad por concepto de indemnización o compensación.

Ejemplo: Indemnización económica integral.

6. CASOS REGISTRADOS, DOCUMENTADOS Y LITIGADOS POR GIRE

Estos son los casos de niñas y mujeres víctimas de violencia obstétrica⁷⁴ que el Grupo de Información en Reproducción Elegida ha acompañado.⁷⁵ De enero de 2013 a agosto de 2015, GIRE tiene 16 casos registrados, seis documentados y seis litigados o en litigio.

6.1 Registro

En los casos clasificados como *registro* no existe documentación completa debido a que no se logró contactar a la víctima o a sus familiares. GIRE los registró a partir de diversas fuentes como notas periodísticas, información proporcionada por autoridades o integrantes de organizaciones civiles en el país.

72. Corte IDH, *Caso Bámaca Velázquez Vs. Guatemala. Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de febrero de 2002. Serie C No.91*, párrafo 43. Disponible en <<http://bit.ly/1KLT4yi>> [consulta: 6 de junio de 2015].

73. Corte IDH, *Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala. Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de mayo de 2001. Serie C No.77*, párrafo 84. Disponible en <<http://bit.ly/1fkccqT>> [consulta: 6 de junio de 2015].

74. En el Informe 2015 de GIRE *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, pueden consultarse los casos de muerte materna que GIRE acompañó durante el periodo de enero de 2013 a mayo de 2015; en varios de estos casos, cuyo desenlace fue la muerte de las mujeres, se cometió violencia obstétrica. En el periodo referido, GIRE tiene tres casos registrados y seis litigados o en litigio. El Informe está disponible en <<http://bit.ly/1K3F7ft>>

75. Algunos de los nombres han sido cambiados por respeto a la privacidad de las mujeres.

NOMBRE	EDAD	ENTIDAD	AÑO
Georgina	-	Distrito Federal	2013
Guadalupe	33	Querétaro	2013
Laura	-	Zacatecas	2013
Zamira	20	Oaxaca	2013
María	-	México	2014
Elsa	38	Puebla	2014
Lucía	23	Oaxaca	2014
Emilia	-	Distrito Federal	2014
Valeria	30	Sinaloa	2014
Andrea	30	Yucatán	2014
Natalia	21	Oaxaca	2014
Paula	16	Oaxaca	2014
Federica	24	Oaxaca	2014
Alina	29	México	2014
Amanda	16	Tabasco	2014
Romina	-	Chiapas	2015

6.2 Documentación

En los casos clasificados como *documentación*, se tuvo contacto directo, por lo menos se realizó una entrevista con la víctima o sus familiares, ya sea vía telefónica o en el lugar de residencia. En los casos en que había acciones legales iniciadas, se revisaron los expedientes, con el objetivo de obtener más información sobre el caso, pero no se emprendió una acción jurídica por parte de GIRE.

Violeta

Violeta vive en Villahermosa, Tabasco. A los 15 años, cursaba un embarazo de 40 semanas. Cuando empezó a sentir dolores de parto acudió al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, pero le negaron la atención, obligándola a volver en varias ocasiones. Producto de esta falta de atención, Violeta tuvo a su hijo en la sala de espera del hospital. Este caso fue retomado por múltiples medios de comunicación; al respecto la CNDH emitió la Recomendación 35/2014 contra el Gobernador del estado de Tabasco. GIRE documentó el caso, pero no tuvo éxito para contactar a Violeta una vez emitida la recomendación.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Tabasco, Hospital General de Alta Especialidad de la Mujer, en Villahermosa Tabasco.

NOMBRE

Violeta

EDAD

15

ENTIDAD

Tabasco

AÑO

2014

Gladis

Gladis cursaba un embarazo gemelar y contaba con Seguro Popular, tenía 20 años. Vive en Santo Domingo de Morelos, Oaxaca una comunidad de difícil acceso debido a la falta de vías de comunicación. Para llegar al hospital más cercano, en San Pedro Pochutla, se requiere viajar por lo menos una hora y media. La falta de recursos hizo que aún estando embarazada intentara cruzar la frontera junto con su esposo. No tuvieron éxito y regresaron a su comunidad para continuar dedicándose a las labores del campo. Cuando el embarazo llegó a término, acudió al hospital de San

NOMBRE

Gladis

EDAD

20

ENTIDAD

Oaxaca

AÑO

2014

Pedro Pochutla en donde sus hijos nacieron con bajo peso y dificultades respiratorias. Los niños fallecieron un par de horas más tarde, ya que el hospital no cuenta con unidad de cuidados intensivos neonatales. GIRE se puso en contacto con la familia, quienes decidieron no emprender acciones jurídicas.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Oaxaca, Hospital Regional de San Pedro Pochutla, Oaxaca.

Marielos

Marielos tiene 13 años y vive en Culiacán, Sinaloa. Supo que estaba embarazada cuando acudió al centro de Salud de Topolobampo porque sentía dolores en el estómago. Allí le informaron no sólo que tenía cinco meses de embarazo, sino que tenía amenaza de aborto y preeclampsia. Ante tal diagnóstico, Marielos fue canalizada al Hospital General de los Mochis, en donde no le dieron tratamiento para controlar la preeclampsia. El día que llegó al hospital con dolores de parto, tuvo que esperar cerca de siete horas para que la atendieran, a pesar de que ya se tenía conocimiento de que su embarazo era de alto riesgo. Durante la cesárea, el estado de salud de Marielos se vio gravemente afectado. Tras mucha insistencia de la familia de Marielos, se hicieron los estudios correspondientes y entonces se descubrió que ella tenía Síndrome de Hellp.

Actualmente, Marielos debe realizarse hemodiálisis, para lo cual debe desplazarse a Los Mochis. También

NOMBRE

Marielos

EDAD

13

ENTIDAD

Sinaloa

AÑO

2015

le detectaron una hernia como posible consecuencia de una mala sutura de la herida por la cesárea, por lo cual requiere una intervención quirúrgica, la cual no se ha llevado a cabo por temor de la familia de la atención que recibiría en el Hospital de los Mochis.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Sinaloa, Hospital Regional de los Mochis, Sinaloa.

Mirta

Mirta es de Chetumal. A las 38 semanas de embarazo, en consulta con el médico familiar del IMSS que la atendió, se le informó que el feto presentaba bajo peso y desnutrición, y que hasta la cita con el ginecólogo le harían saber si su parto sería natural o le harían cesárea. Intranquilos ante estas noticias, Mirta y su esposo acudieron a una clínica particular en donde les confirmaron lo anterior, pero les aseguraron que el producto se encontraba bien, y que con una buena alimentación al nacer no tendría ningún problema. Horas después, Mirta sintió algunas molestias y decidió ir a urgencias, en un hospital público. Allí le informaron que le harían cesárea. Al llegar al área de tococirugía, e intentar explicarle al médico su situación, él le contestó que no le interesaba y, tras hacerle un tacto vaginal, le gritó “tú no tienes nada”. Después de esto, Mirta manifestó en reiteradas ocasiones que se sentía mal, pero nadie hizo caso. Hasta que el personal médico se percató de que Mirta estaba sangrando, la prepararon para

NOMBRE
Mirta
EDAD
-
ENTIDAD
Quintana Roo
AÑO
2015

cesárea urgente. Al despertar de la anestesia que le administraron, y aún no completamente consciente, le dieron a firmar unos papeles y le informaron que se había desprendido la placenta y que su hijo había nacido muerto tras haberse ahogado con el líquido amniótico. Una semana después, volvió al hospital a que le retiraran los puntos. Tan sólo avanzar unos metros al salir hacia su casa, su herida se abrió, y tuvo que regresar al hospital donde permaneció internada dos días.

Lugar donde ocurrieron los hechos- IMSS, Hospital General de Zona, número 1, en Chetumal, Quintana Roo.

Rosalía

Rosalía, de 26 años, cursaba su tercer embarazo, diagnosticado como de alto riesgo a causa de placenta previa. En abril de 2015, durante su cita de control mensual, empezó a sentir malestar y a ver luces. Al revisarla, se conoció que presentaba entre 3 y 4 centímetros de dilatación en el útero, por lo que fue trasladada al Hospital General de Chetumal. Al siguiente día el personal de salud decidió que tendrían que operarla de urgencia, pero nunca le informaron que estaba en labor de parto. En medio de fuertes dolores, varios residentes y enfermeros le dieron a firmar diversos documentos y alcanzó a escuchar que uno de los médicos estaba inquiriendo al resto por no haberla operado desde la noche anterior. Nunca le mostraron su hija a Rosalía, ni en el quirófano ni en la sala de recuperación.

NOMBRE
Rosalía
EDAD
26
ENTIDAD
Quintana Roo
AÑO
2015

Después de algunos días de haber sido dada de alta, presentó una fuerte hemorragia, por lo que acudió al área de urgencias del Hospital General de Chetumal, en donde fue ingresada. Poco después, Rosalía entró en coma. Al esposo de Rosalía no le informaron de esta situación, únicamente le dijeron que necesitaba sangre. Horas después, el médico le informó que no había nada que hacer por Rosalía y que no habían logrado detener la hemorragia; le habían dejado restos de placenta y su útero estaba lesionado, ocasionándose la hemorragia.

El 8 de mayo, Rosalía salió del coma, usa una sonda porque tiene una fístula vesicovaginal y debe tomar anticoagulantes, lo que le está ocasionando pérdida de visión. Es propensa a derrames cerebrales, a perder la memoria y a hipertensión, además de que necesita entre una y cuatro cirugías para reparar su vejiga.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Quintana Roo, Hospital General de Chetumal, Quintana Roo.

Rosa María

Rosa María es cajera de un supermercado en el Distrito Federal y tiene 22 años. En el transcurso de su primer embarazo, en una de las consultas prenatales a las que acudió en una clínica del IMSS, donde es derechohabiente, fue atendida por una trabajadora social que la presionó para firmar una hoja “aceptando” la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) mediante engaños, regaños y quitándole su carnet del seguro.

En diciembre de 2014 acudió al Hospital de Gineco Obstetricia Número 4 (perteneciente al IMSS) con contracciones. Ahí le dijeron que tenía cinco minutos para elegir un método anticonceptivo, que “ya hay muchos niños” y que no podría salir del hospital sin un método. La única “opción” que le ofrecieron fue un DIU.

Una semana más tarde tuvo que regresar al hospital porque comenzó a tener complicaciones derivadas de la episiotomía que le realizaron durante el parto. Por ello, tuvo que someterse a un segundo procedimiento de sutura. Después, Rosa María sentía mucho dolor y así lo expresó, pero fue dada de alta a pesar de las indicaciones del médico titular, quien decía que la iba a dar de alta hasta el lunes para mantenerla en observación. No recibió ningún analgésico al salir.

Pasó el tiempo y Rosa María sentía dolor y no se recuperaba. Al acudir a consulta su médico familiar le informó que sus molestias se debían a que la habían suturado mal y que el hilo utilizado estaba caduco. Además, le dijo que el DIU que la habían forzado a aceptar estaba mal colocado y le estaba provocando una infección.

NOMBRE
Rosa María
EDAD
22
ENTIDAD
Distrito Federal
AÑO
2015

Derivado de lo anterior, Rosa María fue hospitalizada por tercera ocasión, en la cual le retiraron el DIU. La mala cirugía que le practicaron la obligó a tomar antibióticos que no le permitieron dar leche materna a su bebé. A pesar de que el IMSS le ha proporcionado fórmula láctea, ésta no es suficiente para alimentar a su hijo, a quien por meses no pudo cargar debido a los dolores en la espalda y en las piernas. Con el apoyo de GIRE se solicitó el expediente clínico con base en éste se está preparando una opinión técnica.

Lugar donde ocurrieron los hechos- IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia No 4, en el Distrito Federal.

6.3 Litigio

Los casos de *litigio* se refieren a aquellos en los que GIRE emprendió alguna acción jurídica para acompañar a la víctima o a sus familiares.

Catalina

El 2 de octubre de 2013, Catalina, de 26 años, acudió a la clínica San Felipe Ecatepec de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para atender un embarazo de 41.2 semanas. La enfermera que la atendió le comentó que debido a presión alta probablemente le practicarían una cesárea. Sin embargo, la ginecóloga encargada decidió que tendría un parto vaginal. Se sentía muy mal y muchas veces pidió ayuda al personal médico, pero no recibió respuesta. No fue sino hasta que presentó un episodio convulsivo que el personal intervino, realizándole una cesárea. Su hijo falleció horas más tarde.

NOMBRE

Catalina

EDAD

26

ENTIDAD

Chiapas

AÑO

2013

En marzo de 2014 Catalina presentó una queja ante la Quinta Visitaduría Adjunta de la CNDH con sede en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Por iniciativa de Catalina, GIRE realizó una solicitud de acceso a la información para obtener el expediente médico del caso, pero se negó el acceso al mismo. Con base en los expedientes se emitió una opinión técnica en la que se exponen de las deficiencias en el servicio de salud que atendió a Catalina. Con base en la opinión técnica, en junio de 2015 se presentó una ampliación de la queja ante la CNDH. Hasta la fecha, la Comisión Nacional no ha emitido una recomendación. La visitaduría solicitó un peritaje a los peritos de la CNDH en la ciudad de México, hasta el momento no se ha rendido el informe y por lo tanto no se ha emitido recomendación.

Lugar donde ocurrieron los hechos- IMSS, Hospital de San Felipe Ecatepec, en San Cristóbal de las Casas.

Irma

Irma es de origen mazateco y vive en condiciones económicas precarias. Al acudir al Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca, personal de enfermería le indicó que saliera a caminar con la certeza de que aún faltaba para que naciera su bebé. Al estar caminando en el patio del hospital, a Irma se le rompió la fuente y momentos después nació su hijo, sin asistencia ni atención médica alguna.

La imagen de Irma pariendo en el patio del hospital fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, derivado de lo cual la CNDH inició una queja de oficio. Derivado de lo anterior, el 29 de enero de 2014, la CNDH emitió la Recomendación 1/2014 en la que determinó que existieron violaciones a los derechos humanos de Irma y de su hijo, atribuibles al Gobierno del estado de Oaxaca, por la negación de la atención médica adecuada. A partir de que GIRE tomó el caso, el Gobierno de Oaxaca mostró buena voluntad política para cumplir la recomendación. En marzo de 2014, Irma, el Gobierno de Oaxaca y GIRE como representante legal de Irma firmaron un convenio en el que se establecieron obligaciones para el Estado que incluyen el seguimiento a los procedimientos penales y administrativo iniciados como consecuencia de la negación de servicios de salud y garantías de no repetición consistentes en:

- a) Realizar las gestiones necesarias para la construcción del Hospital Básico de Jalapa de Díaz, con infraestructura médica y hospitalaria en un periodo de ocho meses.

NOMBRE

Irma

EDAD

30

ENTIDAD

Oaxaca

AÑO

2013

Irma, mujer que GIRE acompañó en un caso de violencia obstétrica.



- b) Construcción, habilitación y acondicionamiento de 50 salas de parto en seis jurisdicciones de la entidad.
- c) Difusión de los criterios y procedimientos contenidos en la NOM 007 SSA2-2010.

Hasta la fecha no se cuentan con las salas de parto, ni se ha terminado la construcción del Hospital Básico de Jalapa de Díaz, por su parte la CNDH solicitó a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas el registro de Irma y de su hijo como víctimas, sin embargo, dicho trámite no ha concluido.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Oaxaca, Centro de Salud de San Felipe, Jalapa de Díaz.

Recomendación (CNDH) dirigida al Gobernador del Estado de Oaxaca.

Gilda

Es de Zacatecas, tiene 30 años y tres hijos. Cursaba un embarazo de 37 semanas cuando, el 3 de julio de 2014, acudió al Hospital de la Mujer porque se le rompió la fuente. Hacia las 10 de la noche le indicaron que debían realizar una cesárea. Su hija nació y le dijeron que trasladarían al área de neonatos porque presentaba bajo peso. Posterior a la cesárea que le practicaron, Gilda presentaba dolor, tenía un hematoma, por lo que la volvieron a operar. Permaneció en el hospital hasta el 7 de julio con dolor y molestias. Durante el tiempo que estuvo internada no la dejaron ver a su hija, argumentando que se encontraba en el área de neonatos, pero le aseguraban que se encontraba bien. Cuando salió del hospital se enteró de que iban a operar a su bebé

NOMBRE

Gilda

EDAD

30

ENTIDAD

Zacatecas

AÑO

2014

por una infección en los intestinos. No le dieron más información. El 9 de julio su hija falleció. En septiembre de 2014 presentó una queja ante la CNDH de Zacatecas. Sobre la cual no se recibió respuesta, por lo que con el acompañamiento de GIRE se presentó una ampliación de queja.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Zacatecas, Hospital General de Zacatecas.

Liliana

El 12 de noviembre de 2013 Liliana acudió al Hospital General de Zona Médica Familiar 1 del IMSS en Chetumal, Quintana Roo, para recibir atención médica, pues se encontraba en labor de parto. A pesar de que presentaba una evolución favorable para el parto vaginal, al darse el cambio de turno, el nuevo médico le sugirió de manera tajante que se realizara cesárea, a pesar de que las condiciones no habían cambiado. Liliana manifestó expresamente que quería un parto vaginal, a lo que el médico le respondió: “si la paciente lo desea, yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en una hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”. Ante el miedo de lo que pudiera sucederle a su hija, Liliana accedió a la práctica de la cesárea, durante la cual perdió el conocimiento, por lo que no tuvo conciencia del procedimiento ni del nacimiento de su bebé. Tuvo que insistir durante una hora y media para que el personal de enfermería la revisara y, al fin, el médico que llevó a cabo la cesárea le recetó un medicamento sin una exploración previa. Tras haber sido dada de alta, regresó al hospital del

NOMBRE
Liliana
EDAD
30
ENTIDAD
Quintana Roo
AÑO
2014

IMSS debido a que presentaba fiebre y dolor abdominal intenso. Fue atendida por el mismo médico que realizó la cesárea, quien de nueva cuenta, se mostró indiferente ante su situación. Por tal motivo, decidió pedir a su familia que la lleven a una clínica privada, en donde después de seis días de análisis y tres intervenciones quirúrgicas, entre las cuales se le extirpó el útero, Liliana descubrió que durante la cesárea le habían perforado la vejiga y la matriz. Su estado de salud era grave, por lo que tuvo que permanecer en la clínica privada hasta el 6 de diciembre, sin poder cargar a su hija.

Liliana, mujer que GIRE acompañó en un caso de violencia obstétrica.

Liliana presentó una queja ante la CNDH. Ésta, a su vez, decidió remitir el caso a la CONAMED, argumentando que se trataba de un caso de negligencia médica y no de violencia obstétrica, ni de violación a derechos humanos. Liliana —representada por GIRE— presentó una ampliación de queja en la que se aclaró y argumentó que su caso era uno de violencia obstétrica y que se habían violentado sus derechos humanos, queja que a la fecha sigue en trámite ante la CNDH.

En el proceso ante la CONAMED se llevó a cabo una audiencia de conciliación sin que se llegara a ningún acuerdo, pues el IMSS no aceptó su responsabilidad, dado lo cual y en virtud de un convenio de colaboración entre el IMSS y la CONAMED se dejan a salvo los derechos de Liliana para intentar otros medios de reparación. En ese sentido se presentó un escrito ante la CNDH haciendo valer esta circunstancia y solicitando que retome el caso para emitir su recomendación. Hasta el momento esta petición no ha sido respondida.

Lugar donde ocurrieron los hechos- IMSS, Hospital General de Zona de Medicina Familiar, número 1 en Chetumal.



Foto: Fungfilms

Alba

Alba es originaria de San Antonio de la Cal, Oaxaca. Al momento de los hechos tenía 24 años de edad y ya era mamá de un niño.

El 5 de noviembre de 2013 acudió en compañía de su madre al Centro de Salud de San Antonio de la Cal porque presentaba dolores. Tenía un embarazo de 36 semanas. Ahí, le dijeron que todavía no estaba en trabajo de parto y la mandaron a su casa. Dos horas después, Alba ya sentía dolores muy frecuentes, por lo que cerca de las 3:30 de la mañana caminó de regreso al Centro de Salud, acompañada por su esposo y su madre. Sin embargo, a escasos metros de su casa sintió que su bebé ya iba a nacer, por lo que pidió a su mamá que corriera al Centro de Salud para pedir que mandaran una ambulancia. Al llegar a la esquina del Centro de Salud se le rompió la fuente. Se sentó para dar a luz, pero el bebé mojado se le resbaló de las manos, golpeando el piso con la cabeza al caer. Su esposo levantó al bebé y lo cubrió con una sabanita.

NOMBRE

Alba

EDAD

24

ENTIDAD

Oaxaca

AÑO

2014

Derivado de estos hechos, la CNDH inició una queja de oficio. Con el acompañamiento de GIRE, Alba presentó una ampliación de queja con el objeto de visibilizar los derechos humanos que les fueron vulnerados a ella y a su hijo. La CNDH emitió la Recomendación 15/2014 dirigida al Gobierno del estado de Oaxaca, donde establece la reparación del daño para Alba y su hijo, la implementación de garantías de no repetición en el Centro de Salud y el seguimiento de los procesos penal y administrativos ante las instancias correspondientes.

Además, el 2 de diciembre de 2014 se firmó un convenio entre Alba —con GIRE como representante legal— y el Gobierno de Oaxaca, para la reparación integral de las violaciones cometidas hacia ella y su hijo. Como resultado de dicho convenio se entregó una indemnización a Alba. Sin embargo, otros aspectos, como asegurar la cobertura médica de su hijo hasta que cumpla 18 años, siguen pendientes.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Oaxaca, Centro de Salud de San Antonio de la Cal.

Recomendación (CNDH) dirigida al Gobernador del estado de Oaxaca.

Sandra

Sandra es de origen tzeltal. Tiene 36 años de edad y vive en la comunidad de Nahá, en Chiapas. Ella y su esposo viven con escasos recursos económicos. Siempre han deseado tener un bebé. Sandra perdió su primer embarazo debido a la mala atención médica que recibió. Se embarazó por segunda ocasión, pero, cuando entró en trabajo de parto, le fue negado el acceso a servicios de salud en la institución más cercana a su domicilio bajo el argumento de que los médicos se encontraban de vacaciones. Esto la obligó a viajar a Villahermosa en busca de atención médica en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer. Ahí, nuevamente, le fue negado el acceso por residir en Chiapas.

Después de insistir, fue hospitalizada durante tres horas sin recibir información respecto de su estado de salud o de la atención que recibiría. Además fue víctima de malos tratos e insultos por parte del personal médico.

Ese mismo día, se le practicó una cesárea y cuatro horas después fue dada de alta del hospital. A partir del parto, Sandra y su esposo no pudieron tener contacto con su hija y fueron extorsionados por el personal médico del hospital, que condicionó la entrega de su bebé al pago de diez mil pesos bajo el argumento de que la recién nacida no contaba con cobertura médica, a pesar de que sus padres tienen Seguro Popular. Durante siete días, mientras intentaban conseguir el dinero solicitado, el hospital sólo les permitió ver a su hija a través de una ventana, bajo el argumento de que la niña tenía un estado de salud delicado, sin explicarles lo que pasaba o la gravedad de su condición. Al octavo día que regresaron a visitarla, el personal de salud les anunció que había fallecido. No saben qué fue lo que pasó.

NOMBRE

Sandra

EDAD

36

ENTIDAD

Chiapas

AÑO

2014

El 14 de abril de 2014 Sandra, acompañada por GIRE, interpuso una queja ante la CNDH por las violaciones a derechos humanos que enfrentó junto con su hija. El 27 de marzo de 2015 se presentó una ampliación de queja, al obtener más elementos del caso. Hasta el momento, a más de un año de la presentación de la queja, no se ha obtenido ninguna respuesta por parte de la CNDH, quien ni siquiera ha realizado una visita a Nahá para entrevistar a Sandra. La reparación de las violaciones que sufrió sigue pendiente.

Sandra se volvió a embarazar. El embarazo llegó a término, pero su presión sanguínea estaba muy elevada y enfrentaba un embarazo de alto riesgo. En Nahá no existe una clínica de especialidad donde pudieran atenderla. Por intervención de GIRE, se logró que la trasladaran a Comitán, donde fue atendida por especialistas en el Hospital de la Mujer, y el 1 de mayo de 2015 nació su hijo. Hoy ella y su esposo al fin son padres de un niño sano y el estado de salud de Sandra es bueno.

Lugar donde ocurrieron los hechos- Secretaría de Salud de Chiapas, Hospital Regional de Palenque.

7. RECOMENDACIONES

A continuación se enumeran algunas recomendaciones que desde GIRE se hacen a los tres poderes de gobierno en sus tres niveles que, de adoptarse, podrían ayudar a prevenir y, paulatinamente, erradicar la violencia obstétrica.

NORMATIVAS

Al congreso de la unión y a los congresos locales:

No reformar los códigos penales de las entidades federativas para incluir la violencia obstétrica como un delito.

A los congresos locales de Veracruz, Chiapas y Guerrero:

Reformar sus códigos penales para eliminar el delito de violencia obstétrica.

A la Secretaría de Salud Federal:

Publicar la NOM 007 SSA2-2010, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*.

IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

A la Secretaría de Salud Federal, al IMSS, al ISSSTE y a las secretarías de salud locales:

Identificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género reconocida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en las leyes locales para erradicar su práctica.

Garantizar el acceso universal a las mujeres que requieran servicios de salud obstétrica, particularmente en trabajo de parto.

Promover que las mujeres embarazadas y en trabajo de parto conozcan sus derechos, se reconozca su voluntad y se garantice que la prestación de los servicios de salud se provean con su consentimiento informado.

ACCESO A LA JUSTICIA

A Secretaría de Salud Federal, al IMSS, al ISSSTE y a las secretarías de salud locales:

Fortalecer los sistemas de quejas y de contraloría interna en los hospitales que atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica.

A la CNDH, a las comisiones locales de derechos humanos y a los tribunales de justicia:

Garantizar el acceso a la justicia y la reparación integral a las víctimas de violencia obstétrica de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y que tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones.

A la CONAMED y a las comisiones locales de arbitraje médico:

Fortalecer los mecanismos de queja en casos de violencia obstétrica, eliminando obstáculos y facilitando el acceso a resoluciones de acuerdo con los estándares de derechos humanos.

Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos

GIRE alienta la distribución pública de la presente obra y de los datos de esta investigación siempre que se reconozca y mencione su autoría. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

1ª edición, noviembre de 2015

Se terminó la impresión de esta obra en octubre de 2015 en los talleres de Danda Thay S.A. de C.V., Calle Aída 6, Colonia San Andrés Tetepilco, Delegación Iztapalapa. C.P. 09440, México D.F.

Tiraje: 1000 ejemplares.