



RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017

**SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Ciudad de México, a 31 de julio de 2017

**SEÑORAS Y SEÑORES SECRETARIOS DE SALUD,
DE LA DEFENSA NACIONAL Y DE MARINA;
GOBERNADORA Y GOBERNADORES DE LAS
ENTIDADES FEDERATIVAS; JEFE DE GOBIERNO DE
LA CIUDAD DE MÉXICO, Y DIRECTORES
GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO Y DE PETRÓLEOS MEXICANOS.**

Distinguidos (as) señores (as):

1. El artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las autoridades tienen el deber para que en el ámbito de su competencia, promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.
2. Por su parte el artículo 6º, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevé como atribución de este Organismo Nacional, proponer a las diversas autoridades del país en el exclusivo ámbito de su competencia que se promuevan los cambios y modificaciones de leyes y

reglamentos, así como de prácticas administrativas, que procuren y garanticen una mejor y más amplia protección de los derechos humanos. En tal virtud y conforme a lo dispuesto en el artículo 140 del Reglamento Interno de esta Comisión Nacional, se emite la presente Recomendación General.

3. La emisión de esta Recomendación General, también se fundamenta en los artículos 6°, fracción XIV Bis de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 46 de la Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que disponen que la observancia del seguimiento, evaluación y monitoreo de la Política Nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres es competencia de este Organismo Constitucional, misma que consiste en la evaluación del impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afecten a los hombres y a las mujeres en materia de igualdad.

4. De este modo, la observancia de la política de igualdad para la Comisión Nacional, tiene como ejes de análisis y evaluación, las estrategias del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, que en la estrategia 4.2 denominada *“impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida”*, establece diversas líneas de acción específicas para el Sistema Nacional de Salud.

5. Con fundamento en lo anteriormente expuesto, este Organismo Autónomo dirige la presente Recomendación General a los titulares de las instituciones de salud señaladas, ya que de acuerdo con el artículo 5° de la Ley General de Salud, integran el Sistema Nacional de Salud: *“[e]l Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y 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, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”*.

I. ANTECEDENTES.

6. Las etapas del embarazo, parto y puerperio, constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

7. En este sentido, el personal encargado de proveer los servicios de salud a la gestante, debe conducirse con respeto a sus derechos humanos, situación que en algunas ocasiones no acontece, ya que las afectaciones hacia los derechos y salud reproductiva de las mujeres, ocurridas durante la atención al embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, son una práctica que aqueja a las mujeres y adolescentes ¹ gestantes, sin desconocer que existen casos de niñas embarazadas². Esta mención, se realiza teniendo presente el impacto significativo que el embarazo tiene en la vida de niñas y adolescentes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Deserción de la Educación Media Superior, el 30.7% de las adolescentes embarazadas de menos de quince años en 2011 dejaron la escuela.

8. En el marco de la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva. Particularmente la violencia sobre la salud reproductiva, se encuentra vinculada con

¹ La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Enlace: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

² Convención sobre los Derechos del Niño. **Artículo 1º:** "...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".

la violencia de género, y tiene relación “con un modelo biomédico³ que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos”⁴.

9. En este contexto surge el término violencia obstétrica, con el objeto de visibilizar e identificar las causas que reproducen la violencia contra la mujer, ocurrida bajo dichas circunstancias; cabe destacar que este concepto es de reciente data, como se analizará más adelante.

10. Esta Comisión Nacional advierte que éste es un problema que desde hace años afecta a algunas mujeres embarazadas. Tales violaciones, a partir de 1960, han dado lugar a movimientos sociales de emancipación de la mujer⁵ y a favor del parto respetado o humanizado⁶, mismos que abogan por un procedimiento de nacimiento libre de presiones e injerencias externas y demandan el respeto de sus derechos y salud reproductiva.

11. Es así que a través del término violencia obstétrica, es posible construir un marco teórico y conceptual referente para el personal médico⁷ en el desempeño de su servicio, una guía para las autoridades al momento de adoptar políticas públicas, y una herramienta útil para las mujeres, víctimas y organizaciones de la sociedad

³ De acuerdo con este modelo, la enfermedad es un fallo del cuerpo, el cual debe ser diagnosticado y reparado por el médico. El modelo biomédico es ajeno a las cuestiones sociales o psicológicas. Engel, G. L. “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*”. 1977. Página 130.

⁴ Almaguer González, José Alejandro. García Ramírez, Hernán José. Vargas Vite, Vicente. “*La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud*”, septiembre-diciembre 2010. Publicado en la revista “*Género y Salud en cifras*” de la Secretaría de Salud. Página 5.

⁵ Boston Women’s Health Book Collective (BWHBC) “*Women and their bodies, a course*”.1970.

⁶ Bellón Sánchez, Silvia. “*La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*”. Dilemata año 7, 2015, n° 18, 113-128. Página 94.

⁷ Por personal médico nos referiremos a “*los médicos y a cualquier integrante del equipo de salud, como las enfermeras o los analistas clínicos o de gabinete, pero esto depende de las atribuciones y responsabilidades que tengan en el acto médico*”. Espinosa, Eréndira. “*Negligencia médica: cómo identificarla*”. Procuraduría Federal del Consumidor. Sin año. Página 58.

civil al momento de exigir la satisfacción plena de sus derechos, así como la reparación del daño.

12. La violencia obstétrica tiene uno de sus orígenes en las relaciones asimétricas de poder donde convergen el género, las jerarquías, la *“lucha por la posesión del conocimiento legitimado”*⁸, la influencia del sexismo y el androcentrismo⁹ en el campo de la medicina, la preeminencia del parto medicalizado¹⁰ sobre el natural y el ejercicio de prácticas patriarcales¹¹ y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer.

13. El discurso dominante en la práctica médica, se manifiesta en la patologización de los síntomas “característicos de la mujer”, lo que conduce a la medicalización y apropiación de sus procedimientos naturales y fisiológicos, reforzando la desigualdad de género.

14. En ocasiones, las prácticas que constituyen violencia obstétrica son una *“forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad”*¹².

15. El análisis de este tema amerita comprender que, no obstante el fundamental rol que ejerce el personal médico en la conservación y restablecimiento de la salud,

⁸ Op Cit, Bellón, página 93.

⁹ Androcentrismo: Visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino. Enlace: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=androcentrismo>

¹⁰ Parto medicalizado: aquel que aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas. Enlace: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>

¹¹ De acuerdo con la Directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela, el patriarcado consiste en la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre mujeres, niños y niñas, es la ampliación del dominio masculino sobre la sociedad. Villegas Poljak, Asia. *“La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Vol. 14/N°32. Caracas, Enero- Junio 2009. Página 125.

¹² Arguedas Ramírez, Gabriela. *“La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”*. Cuaderno Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe., Vol. 11, No. 1, Enero-Junio, 2014. Página 146.

su desempeño puede verse influido por cuestiones políticas, económicas y sociales, es decir, no se puede concebir a la ciencia médica como ajena al contexto en que se desenvuelve. En el ámbito de la academia se destaca que: *“la conceptualización de la ciencia como una práctica neutral y objetiva (...) legitima proyectos científicos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos”*¹³.

16. La vinculación de este suceso con el embarazo, parto y puerperio, diversifica su forma de estudio, ya que puede abordarse desde la medicina, ginecología, salud pública, filosofía, bioética, biopolítica, sociología, psicología, antropología y derechos humanos. Es necesario recoger las perspectivas y criterios de estas disciplinas, con el objeto de llegar a conclusiones y propuestas integrales.

17. Asimismo, es importante medir el impacto que la inclusión de este concepto en leyes y en la agenda pública gubernamental, ha tenido en la lucha contra la medicalización, el autoritarismo con el que algunos integrantes del personal médico se conducen y la falta de enfoque de género en los hospitales, centros de salud y clínicas.

18. De acuerdo con cifras del Sistema de Información sobre Nacimientos, (SINAC), durante 2016 ocurrieron 2,080,253 nacimientos, de los cuales 1,595,641 se presentaron en instituciones públicas, lo que representa un promedio diario de 5,699 y 4,372 nacimientos, respectivamente.¹⁴

19. Por lo que hace a la mortalidad infantil, durante el periodo 1990-2015, esta ha disminuido en un 61.5%, en tanto que el número de defunciones en población menor de un año se ha reducido en un 64.4%. En lo relativo a la mortalidad materna, el número de muertes de mujeres embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a

¹³ Op. Cit. Bellón, página 97.

¹⁴ Sistema de Información sobre Nacimientos. Enlace: http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/sinais/indica_gral_gobmx.html

la terminación del embarazo, ha disminuido en un 63.9%, mientras que la razón de muerte materna se ha reducido en un 60.7%.

20. Este Organismo Nacional considera que la falta de información estandarizada, exhaustiva y consensuada, criterios de identificación y definiciones sobre el maltrato a las mujeres durante el parto en las instalaciones de salud, complica la investigación y el desarrollo de herramientas para hacer frente a esta problemática.

21. La presente Recomendación tiene por objeto, describir este fenómeno y hacer visible la situación de violencia que en ocasiones experimentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones de salud, para contribuir en la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica.

II. SITUACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA.

22. En el presente apartado, esta Comisión Nacional hará referencia a la situación y progreso normativo que ha tenido la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional.

23. El goce y disfrute del derecho a una vida libre de violencia obstétrica está supeditado a una serie de exigencias como el cumplimiento de factores institucionales y la adopción de las medidas pertinentes para alcanzar este fin; implica el respeto y garantía de los derechos a la protección de la salud y derechos reproductivos, los cuales han tenido un importante desarrollo jurisprudencial en el sistema universal e interamericano de derechos humanos, como a continuación se detalla.

❖ *Sistema universal e interamericano.*

24. Por lo que concierne al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha sostenido que comprende los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹⁵:

Disponibilidad	<i>Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.</i>
-----------------------	---

¹⁵ Observación general 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)”, 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párrafo 12.

Accesibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación, ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades. iii) Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Aceptabilidad	<i>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, las minorías, los pueblos y las 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 de que se trate.</i>
Calidad	<i>Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.</i>

25. Asimismo, los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), reconocen que el derecho a la salud consiste en el *“disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

26. En cuanto al derecho a la protección de la salud en relación con la protección de la salud reproductiva, el artículo 16.1, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conmina a los Estados a garantizar en condiciones de igualdad los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, así como a acceder *“a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

27. En el “Caso Artavia Murillo Vs. Costa Rica”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos consideró, que “[l]a 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”¹⁶.

28. Con relación a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, la Organización Mundial de la Salud (en adelante “OMS”) ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de salud suficiente, con capacitación adecuada¹⁷; igualmente, ha establecido estándares sobre los cuidados que se deben de tener¹⁸ y recomendaciones concretas sobre el parto y nacimiento¹⁹.

29. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 establece la obligación estatal de “*garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles*”²⁰.

30. Por su parte, el artículo 15.3, inciso a), del Protocolo de San Salvador, obliga a “*conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto*”, mientras que el artículo VII, de la Declaración

¹⁶ 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. Párr. 147 y 148.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). “El derecho a la salud”. Folleto Informativo No. 31. Pág. 39. Enlace: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud”, Ginebra, Suiza. 1996.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). “Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”. ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.

²⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 24: “Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud”. párrafo 27.

Americana de Derechos y Deberes del Hombre contiene el derecho de protección a la maternidad y a la infancia.

31. En el 2014 la OMS se pronunció respecto de la violencia sufrida por las mujeres durante el parto en los centros de salud, en la Declaración *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, reconociendo que: *“el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos (...) [e]xiste una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo”*²¹.

32. La obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva, es un deber previsto en el *“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”*²², los *“Objetivos de Desarrollo del Milenio”*²³ (ODM) y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible²⁴ (ODS), adoptados en 2015 con la finalidad de que los Estados Miembros renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento.

33. El *“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”*, advierte que los *“servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva (...) las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas”*, son circunstancias que inciden en estos derechos, por lo que señala que la atención primaria de la salud debe abarcar:

²¹ Declaración de la OMS *“Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*. 2014

²² Fondo de Población de las Naciones Unidas. *“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”*. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994.

²³ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Septiembre 2000.

²⁴ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 25 de septiembre de 2015.

*“servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil”*²⁵. Por su parte, en los ODM, los Estados se comprometen a asegurar la salud sexual y reproductiva, especialmente la disminución de la mortalidad y morbilidad materno-infantil.

34. De acuerdo con los ODM, México ha avanzado de manera relevante en el porcentaje de partos con asistencia de personal capacitado, al pasar de 76.7% en 1990 a 98.2% en 2015. Conforme a estos mismos indicadores, el número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada desde 2011 superó la meta establecida de 5.0, ubicándose actualmente en 5.35 consultas.

35. Por su parte en los ODS, se previó reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos y niños, en este sentido se destaca el objetivo número 3, mediante el cual el Estado se obliga a asegurar una vida sana, al igual que promover el bienestar para “todos en todas las edades”; y el 5, encaminado a alcanzar la igualdad de género *“y empoderar a todas las mujeres y niñas”*²⁶.

36. Con relación al derecho a una vida libre de violencia, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém Do Pará”), en los artículos 4°, inciso b), 7°, inciso a), y 8°, inciso a), prevé que los Estados deben velar por los derechos de la mujer, estableciendo medidas que aseguren el respeto de su integridad física, psíquica y moral, haciendo énfasis en el deber de todo agente estatal de abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia en su contra. Asimismo el artículo 9° del citado instrumento, dispone que se deberá considerar la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer cuando está embarazada.

²⁵ Op. cit. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, medidas 7.3 y 7.6.

²⁶ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Enlace: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-5.html>

37. El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém Do Pará, recomienda a los Estados: “[e]stablecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva”²⁷.

38. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha resuelto asuntos que involucran violencia obstétrica con motivo de la trasgresión de derechos reproductivos, tal es el caso de F.S. Vs. Chile²⁸, María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú²⁹ e I.V. Vs. Bolivia, relacionados con la esterilización forzada de las víctimas.

39. La misma Comisión en el Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que el “deber de los Estados de garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”³⁰.

40. Tracy Robinson, entonces Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana, en el marco del Día Internacional de la Mujer declaró que: “persiste la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud, lo cual se expresa, por ejemplo, en la patologización de procesos naturales como el parto, la

²⁷ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). “Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará”. Abril 2012. Páginas 39- 40.

²⁸ Comisión IDH. Informe No. 52/141. Petición 112-09. Admisibilidad. F.S. Vs. Chile. 21 de julio de 2014

²⁹ Comisión IDH. Informe nº 71/03. Petición 12.191.Solución Amistosa María Mamérita Mestanza Chávez Vs. Perú. 10 de octubre de 2003.

³⁰ Comisión IDH. Informe “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 84.

*utilización de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento previo de la mujer, la práctica de cesáreas existiendo condiciones para un parto natural y sin consentimiento previo de la mujer, entre otros aspectos*³¹.

❖ **Violencia Obstétrica en América Latina.**

41. En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos. En el 2012, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) observó que hasta ese año, seis países³² contaban con leyes integrales de violencia contra la mujer³³, de los cuales sólo Venezuela y Argentina contenían el término “*violencia obstétrica*”; sin dejar de mencionar que en el caso de México, este tipo de violencia está contemplado desde el 2008 en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

42. En el 2007 Venezuela adoptó este concepto en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia³⁴, con el objeto de identificar una nueva forma de violencia. Esto representó un avance en la protección de los derechos humanos de las mujeres, al reconocer la autonomía sexual y reproductiva

³¹ Comisión IDH. Comunicado de prensa: “*En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*” 6 de marzo 2015. Enlace: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/024.asp>.

³² Siendo estos: México, Venezuela, Guatemala, Colombia, Argentina y El Salvador. En: Op Cit. “Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará”. Páginas 39- 40

³³ Las leyes integrales de violencia, permiten dar un tratamiento unificado y coherente a diversas formas de violencia contra la mujer desde las políticas públicas, la justicia, la investigación y la recolección de datos y estadísticas. De esta manera, su implementación está basada en principios comunes y en la coordinación de los diversos actores encargados de su cumplimiento. MESECVI (2011). Informe de Seguimiento de las Recomendaciones del Comité de Expertas/os realizadas durante la etapa de evaluación de la Primera Ronda de Evaluación Multilateral. Documento MESECVI-III/doc.57/11, p. 3.

³⁴ Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. “**Artículo 15:**”(…)13. *Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres...*”

como un derecho que debe ser respetado y garantizado por las instituciones de salud.

43. Por su parte, Argentina incluyó este término en su normatividad en el 2009. El artículo 6° de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, la contempla como una modalidad de la violencia³⁵.

❖ **Violencia Obstétrica en México.**

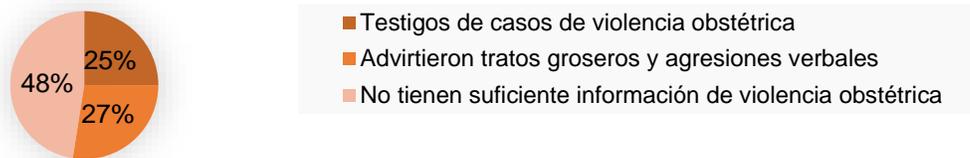
44. Respecto a la incidencia de esta figura en el contexto nacional Roberto Castro, especialista en la materia, manifestó que: *“desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres”*³⁶.

45. Para ejemplificar lo anterior, esta Comisión Nacional se referirá a tres situaciones que ilustran y contextualizan esta problemática. Un ejemplo que no busca generalizar consiste en un estudio realizado por integrantes de la Universidad de las Américas de Puebla, en el que se entrevistó a 29 médicos especializados en obstetricia y se detectó que 10 de los 29 encuestados quienes afirmaron haber sido testigos de casos relacionados con violencia obstétrica y discriminación en razón de la edad, etnia o condición social, mientras que 11 de los 29, aseguraron haber identificado tratos groseros y agresiones verbales. De la totalidad de médicos consultados, 19 refirieron *“no tener suficiente información de violencia obstétrica ni herramientas para hacerle frente o evitarla”*. Lo anterior se ve reflejado en la siguiente gráfica:

³⁵ 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. Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009. **Artículo 6°:** *“(…) e) 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...”*.

³⁶ Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. *“25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”*. Revista CONAMED, vol. 19, núm 1, ISSN 1405-6704, Enero-Marzo 2014. Páginas. 37-42.

Resultado del estudio



46. Un caso que ejemplifica la situación contextual que se vive en algunas regiones de México, es el que consta en el artículo derivado de un estudio efectuado en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca. La encuesta realizada a 323 mujeres reveló que *“las prácticas de la atención durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS”*³⁷.

47. Los resultados arrojaron que *“las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo en el segundo nivel de atención”*, toda vez que no se llevan a cabo prácticas estandarizadas como *“el acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto, la libre deambulaci3n y adopci3n de posiciones durante el trabajo de parto, la adopci3n de la posici3n que la mujer escoja libremente para las fases de pujo y de expuls3n, (...) y la entrega inmediata del reci3n nacido a la madre, entre otros”*³⁸.

³⁷ Sachse Aguilera, Matthias. Sesia, Paola María. García Rojas, Mónica. *“Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca”*. Revista de Investigación Médica de Oaxaca. Vol. 1, Núm. 1, Abril-Junio 2013. Páginas 24, 25 y 30.

³⁸ *Ibíd.*

48. Este tópico ha sido abordado por académicos, organismos autónomos de protección de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil³⁹, e integrado a la agenda pública y a los textos normativos de algunos Estados.

49. La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a *violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercebida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto*”⁴⁰.

50. El Gobierno Federal contempla en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, estrategias encaminadas a fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios y promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas, razón por la cual, el 19 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se modifica el Reglamento de la Ley General de Salud, con el objeto de regular la atención médica que debe brindarse a las mujeres que presentan una urgencia obstétrica con independencia de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

³⁹ Gómez Mena, Carolina. “Recursos y sensibilización podrían abatir violencia obstétrica: ONU”, en La Jornada, 10 de junio de 2014. Enlace: <http://www.jornada.unam.mx/2014/06/10/sociedad/037n1soc>. Rello, Maricarmen. “Médicos se oponen a tipificar la violencia obstétrica como delito”, en Milenio, 20 de febrero de 2015. Enlace: http://www.milenio.com/region/violencia_obstetrica-arbitraje_medico_Jalisco-CEDHJ_0_467953405.html. Arellano García, César. “Casos de violencia obstétrica, invisibilizados por sector salud”, en La Jornada, 23 de abril de 2015. Enlace: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/23/sociedad/038n1soc>.

⁴⁰ Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechos-sexuales-y-reproductivos&Itemid=268.

51. En abril de 2014, la Secretaría de Gobernación elaboró el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018, en el que se plantearon las estrategias 1.1 y 2.3., relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene por finalidad, promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, busca fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica⁴¹.

52. Por su parte, la Secretaría de Salud ha hecho manifiesto su rechazo a cualquier forma de violencia contra las mujeres, y ha reconocido *“que existen casos de violencia obstétrica que ocurren en las instituciones de salud públicas y privadas del país”*⁴², por lo que se compromete a reforzar las acciones en favor de la salud materna, garantizando el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

53. A través del *“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”*, elaborado por la citada Secretaría en el año 2008, se propone una estrategia alternativa para erradicar la violencia institucional y coadyuvar a la atención oportuna y eficaz de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en la que la mujer embarazada sea la protagonista de su parto y se involucre la participación de las parteras y los parteros tradicionales⁴³ asistidos, de ser necesario, por médicos, así como herramientas

⁴¹ Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de abril de 2014.

⁴² Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *“Legislación y política pública sobre violencia obstétrica en México: situación actual y necesidades”*. Mayo 28, 2014.

⁴³ Las parteras tradicionales son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. Actualmente participan en las redes de servicios de salud y espacios específicos para la atención del embarazo y parto, de la Secretaría de Salud y del Régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social [hoy IMSS-PROSPERA]”

interculturales para escuchar la voz de las mujeres y hacer de dicho modelo uno en el que aquellas sean sujetos y no objetos de la atención.

54. Asimismo, cuenta con el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en el que se asentaron objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud⁴⁴. Entre los retos identificados en el Programa se señala la necesidad de implementar los servicios de salud obstétrica con perspectiva de género e interculturalidad, con respeto a los derechos humanos y contar con personal capacitado, infraestructura e insumos necesarios.

55. De igual manera, se han desarrollado acciones de capacitación permanente al personal médico con enfoque en la atención primaria, así como estrategias diseñadas y ejecutadas a partir del Instituto Nacional de Perinatología, como son la atención prioritaria a grupos en condición de vulnerabilidad, atención con estricto apego a los principios bioéticos, implementación gradual de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a abatir prácticas vinculadas con la violencia obstétrica, entre otras.⁴⁵

56. Al respecto las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, se dieron a la tarea de agrupar recomendaciones para la atención de las distintas

⁴⁴ Programa de acción salud materna y perinatal 2013 – 2018. Enlace: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SMP/SaludMaternayPerin2013_2018.html

⁴⁵ Boletín de prensa del Instituto Nacional de Perinatología. Enlace: <http://www.inper.mx/noticias/2015/058-2015/>

etapas reproductivas, en las guías de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo⁴⁶.

57. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante “CONAMED”), dentro de las *“Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica”*, establece que una de las responsabilidades de los prestadores de la atención médica es “[p]roporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica”⁴⁷.

58. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en el *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”*⁴⁸, consideró a la violencia obstétrica como una conducta que se da en las instituciones de salud, la cual puede llegar a ser constitutiva de malos tratos.

59. El tema objeto de estudio, también ha sido desarrollado por esta Comisión Nacional al emitir en 2013, el Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres, en el que estableció que la violencia obstétrica *“está estrechamente ligada a la mortalidad materna”*; además señaló que *“[d]esde 1990, organismos civiles, han reportado negligencia y subatención en el parto en comunidades indígenas”*. Finalmente, concluyó que *“las autoridades se deben comprometer a incrementar las acciones, de no existir, instrumentarlas y así contribuir a eliminar toda práctica atentatoria de los derechos humanos de las mujeres, particularmente en lo que se refiere a la violencia obstétrica”*⁴⁹.

⁴⁶ Guía de Práctica Clínica: *“Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08”*. Actualización 2014.

⁴⁷ Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). *“Recomendaciones Generales: para mejorar la calidad de la atención obstétrica”*. 2003. Página 19

⁴⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”*. ISBN 978-607-468-755-2. 2014. México, Distrito Federal. 2014. Página 68.

⁴⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres (PAMIMH) *“Séptimo Informe Especial sobre el Derecho de Igualdad entre Mujeres y Hombres”*, México, Distrito Federal. 2014. Página 195 y 196.

60. Durante el 2015, 2016 y 2017 este Organismo de protección, ha publicado 28 Recomendaciones⁵⁰ en las que se señaló que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos que se comete en perjuicio de la mujer embarazada (con independencia del número de casos conocidos por este Organismo Nacional, cualquier violación a los derechos humanos de la mujer o del producto de la gestación es inadmisibles), por el personal que presta servicios de salud; resoluciones que se abordarán más adelante.

❖ **Legislación Nacional.**

61. El artículo 4º Constitucional contiene el derecho de todas las personas a la protección de su salud, estableciendo que: “[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

62. La Ley General de Salud en varios de sus artículos⁵¹, hace referencia al derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y con calidad idónea, y a recibir atención profesional, respetuosa, digna y éticamente responsable por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares; de igual forma dispone que la atención materno-fetal tiene carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, el parto y el puerperio; atención que ante una emergencia obstétrica, deberá ser otorgada con respeto a la dignidad de las personas.

⁵⁰ Siendo las siguientes: 19/2015, 20/2015, 24/2015, 25/2015, 29/2015, 32/2015, 39/2015, 40/2015, 41/2015, 44/2015, 45/2015, 50/2015, 51/2015, 52/2015, 8/2016, 31/2016, 33/2016, 35/2016, 38/2016, 40/2016, 46/2016, 47/2016, 50/2016, 58/2016, 61/2016, 3/2017, 5/2017 y 6/2017.

⁵¹ Ley General de Salud. Artículos 3º fracción IV, 27, fracciones III, y IV, 33, fracciones I y II, 51, 61 fracción I, 61 Bis, 64, 64 Bis 1 y 77 bis 37. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

63. En noviembre de 2015, fueron reformadas diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley del Seguro Social.

64. El artículo 64 Bis 1 de la Ley General de Salud, contiene el deber de las instituciones de salud de prestar 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”*⁵².

65. En el mismo sentido la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado⁵³ en el artículo 31 Bis y la Ley del Seguro Social⁵⁴ en su artículo 89, fracción V, prescriben la obligación de dichas instituciones, de brindar atención a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica.

66. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35 y 46, fracción X, la responsabilidad del Estado para *“la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”* y *“asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”*⁵⁵.

67. El sector salud cuenta con normas oficiales cuyo contenido regula los aspectos vinculados con la prestación de los servicios de salud materna, como procedimientos, expediente clínico, residencias médicas, infraestructura y equipamiento, señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes:

⁵² Ley General de Salud. Artículo 64 Bis 1. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

⁵³ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Artículo 31 Bis. Últimas reformas publicadas el 12 de noviembre de 2015.

⁵⁴ Ley del Seguro Social. Artículo 89, fracción V. Última reforma publicada el 12 de noviembre de 2015.

⁵⁵ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículos 35 y 46, fracción X. Última reforma publicada el 17 de diciembre de 2015.

Normas Oficiales Mexicanas relacionadas
NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos de Atención Médica.
NOM-090-SSA1-1994 Para la Organización y Funcionamiento de Residencia Médicas Objetivo y Campo de Aplicación.
NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.
NOM-234-SSA1-2003 Utilización de Campos Clínicos, para Ciclos Clínicos e Internado de Pregrado.
NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.
NOM-016-SSA3-2013 Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada.

68. Por lo que respecta a la NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”* es preciso destacar dos aspectos. El primero con relación al punto 3.33, en el cual se define qué es el parto vertical⁵⁶, a diferencia de la norma oficial anterior en la vigente se incluyó este término, lo que resulta un cambio positivo, por lo que es necesaria su difusión y conocimiento tanto en hospitales públicos como privados.

⁵⁶ 3.33 Parto Vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

69. Por otro lado, el numeral 5.5.3 establece que: “[n]inguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”, con ello, apercibe al personal que presta servicios de salud en caso de discriminar o ejercer violencia hacia la mujer.

❖ **Violencia obstétrica en las entidades federativas.**

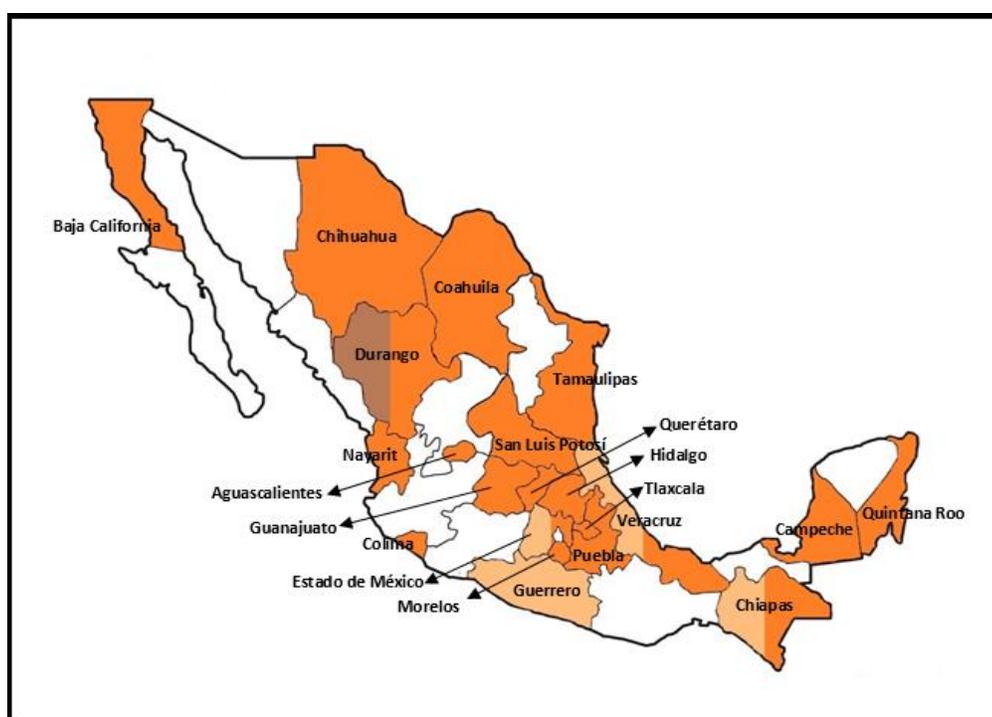
70. A partir del 2008, el concepto de violencia obstétrica fue incorporado en el orden jurídico de algunas entidades federativas, como los Estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí⁵⁷.

71. Cabe destacar que en los Estados de Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, esta conducta se encuentra tipificada como delito. Sobre el particular, este Organismo Constitucional considera, que la criminalización y tratamiento por la vía penal de los casos vinculados a violencia obstétrica, resultan ser medidas poco efectivas para asegurar una atención obstétrica adecuada, ya que se centra en la responsabilidad individual invisibilizando la institucional; lo que se requiere, es la reivindicación de los derechos de la mujer mediante estrategias encaminadas a la

⁵⁷ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Aguascalientes, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Coahuila de Zaragoza, Ley que Garantiza el Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de Tlaxcala, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Nayarit, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato, Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango, Ley Estatal del Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Chihuahua, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres del Estado de Tamaulipas, Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de Campeche, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de México, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo, Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Morelos, Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla, Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Querétaro) y Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí.

erradicación de ideas y estereotipos que la posicionan en un segundo plano en el contexto del embarazo, parto y puerperio, restándoles protagonismo y autonomía.

72. Para una mayor claridad, se precisa la regulación de la violencia obstétrica en las entidades federativas a través del siguiente mapa ejemplificativo.



-  La prevén como tipo y/o modalidad de violencia en su ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
-  La tipifican como delito en su código penal.
-  La prevé en la Ley de Salud del Estado de Durango.

73. Si bien habrá situaciones en las que la violencia obstétrica sea punible como en el caso de la esterilización forzada o cuando su perpetración deba tener consecuencias penales (cuando de su comisión deriven lesiones graves o la pérdida de la vida), esta Comisión Nacional sostiene que para enfrentar la problemática, es necesario un cambio de paradigma mediante la inclusión de la perspectiva de

género y el enfoque de derechos humanos, en los planes de estudio de las escuelas de medicina y enfermería⁵⁸, la adopción de políticas y medidas necesarias para la promoción e implementación del parto intercultural y respetado, entre otros aspectos.

74. Por lo anterior, con respeto a su autonomía universitaria y a su normatividad, este Organismo Nacional considera que sería deseable que en las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, se impartan a los alumnos del pregrado, previo a la realización del servicio social, un taller de sensibilización en materia de derechos humanos, para los cuales se cuente con la asesoría y participación de expertos en la materia en los que se haga referencia a los derechos de las mujeres y niñas, tales como el derecho a la protección de la salud y su interrelación con los derechos individuales como el derecho a la vida, derechos sexuales y reproductivos, derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción, a la igualdad y no discriminación y temas como violencia obstétrica, salud materna e interculturalidad; lo anterior vinculándolo en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad en los servicios de salud. En el caso del posgrado, dicho taller podría cursarse al inicio del programa de especialización correspondiente, en coordinación con las instituciones de salud y seguridad social.

III. OBSERVACIONES.

75. En el presente apartado, este Organismo Constitucional realizará el siguiente análisis: *A. Atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio. B. Casos sobre violación de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el*

⁵⁸ Este Organismo Nacional advierte, que una forma de disminuir la incidencia de este problema es mediante una formación adecuada de los médicos de pregrado (interno). Por ejemplo, frecuentemente los pasantes en Servicio son asignados en las comunidades más alejadas en donde muchas veces se enfrentan a situaciones que requieren de mayor experticia. Esta circunstancia, amerita la implementación de una mejor enseñanza en obstetricia en el año de internado y los residentes de la especialidad que hagan un Servicio Social antes de acabar la Residencia.

puerperio. C. Parto Respetado: Una forma de evitar la violencia hacia la mujer. D. Conclusiones de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

A. Atención a las mujeres en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

76. En este punto es importante distinguir entre la violencia obstétrica y la negligencia médica, ya que son figuras que pueden configurarse y concurrir, en el escenario de la atención obstétrica⁵⁹. Identificar ambos fenómenos, permite distinguir cuando se está ante un caso o ante otro.

77. Incurre en negligencia, el prestador de servicios de salud que al brindar atención médica la realiza con *“descuido de precauciones y atenciones calificados como necesarios en la actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión”*⁶⁰.

78. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece que tratándose de la prestación de los servicios de salud pública, la responsabilidad se origina por el incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica, al desempeñar sus actividades, esto es, por no sujetarse a las técnicas médicas o científicas exigibles para dichos servidores *-lex artis ad hoc-*, o al deber de actuar con la diligencia que exige la *lex artis*⁶¹.

79. Este Organismo Autónomo ha tenido conocimiento y emitido Recomendaciones sobre casos en los que el personal médico o profesional en salud, se ha colocado

⁵⁹ Para la elaboración del presente apartado, se contó con la asesoría de los médicos adscritos a esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

⁶⁰ Bañuelos Delgado, Nicolás. “La mala práctica”. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.

⁶¹ Registro: 2006252. Instancia: Primera Sala. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5, Abril de 2014, Tomo I. Materia(s): Constitucional, Administrativa. Tesis: 1a. CLXXII/2014 (10a.). Página: 818. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO POR LA PRESTACIÓN DEFICIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. CUÁNDO SE CONFIGURA LA NEGLIGENCIA MÉDICA EN ESTOS CASOS.

en la hipótesis de “negligencia médica” al omitir establecer la gravedad de la paciente, no llevar a cabo una exploración física integral, actualizada y metódica⁶², realizar procedimientos quirúrgicos de manera innecesaria y sin informar al paciente⁶³ y no brindar el tratamiento médico oportuno⁶⁴, por mencionar algunos ejemplos.

80. Aunado a la negligencia, existen otras formas de incurrir en responsabilidad, como la impericia, la imprudencia y la inobservancia de normas y reglamentos; conductas que al igual que la violencia obstétrica, pueden derivar en la responsabilidad penal, civil o administrativa del profesionista, según sea el caso.

81. Teniendo en cuenta los elementos arriba citados, es posible plantear algunas diferencias entre la negligencia médica y la violencia obstétrica.

82. En el caso de la negligencia médica se observa que es una conducta en que incurre personal médico o profesional de salud, hacia cualquier persona, independientemente de su género. Por su parte la violencia obstétrica, es una conducta en que incurre personal médico, y/o profesional en salud, y/o servidores públicos del hospital y de cualquier orden de gobierno, que tiene su origen o sustento por cuestiones de género.

83. En la negligencia médica, la(s) conducta(s) realizada(s) pueden consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia y, falta de diligencia, entre otras, que pueda afectar la salud e integridad de una persona, es decir, incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión. Por lo que hace a la violencia obstétrica, la(s) conducta(s) realizada(s) puede(n) consistir en: descuido, omisión, impericia, imprudencia, falta de diligencia y/o discriminación,

⁶² Recomendación No. 21/2016 Sobre el caso de violaciones al derecho a la protección de la salud y al derecho a la vida en agravio de V, en el Hospital General de Pemex en Veracruz. Párrafo 40.

⁶³ Recomendación No. 14/2016 Sobre el caso inadecuada atención médica en agravio de V, en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 1, del Hospital General Regional No. 36, del IMSS en Puebla, Puebla. Párrafo 65.

⁶⁴ Recomendación No. 56 /2015 Sobre el caso de inadecuada atención médica y pérdida de la vida en agravio de V1, adulta mayor, en la Unidad Médica Rural No. 290, del IMSS, en Miahuatlán, Oaxaca. párrafo 41.

entre otras, cometidas por los prestadores de servicios de la salud que violentan los derechos humanos de las mujeres, por una deshumanizada atención médica a las mujeres, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros, durante el embarazo, parto o puerperio, que genera una afectación física, psicológica o moral e incluso la pérdida de la vida de la mujer.

84. En ambos casos, se incumple con las normas técnicas, parámetros y estándares mínimos que regulan la profesión.

85. La negligencia médica puede configurarse en cualquier momento de la atención médica brindada a cualquier persona, mientras que la violencia obstétrica ocurre durante un lapso específico de la vida de una mujer: el embarazo, parto y puerperio.

86. En la investigación de un caso de negligencia médica, se deben considerar las obligaciones que debió cumplir y atender el médico ante una situación determinada, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma. En un escenario de violencia obstétrica, la investigación debe tomar en cuenta las obligaciones que debió cumplir y atender el médico en una ocasión específica, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma; además de las conductas realizadas por cuestiones de género y que transgredieron los derechos humanos e integridad de la mujer.

87. En 2015 se publicó un artículo en el que investigadores de Estados Unidos, Suiza, Canadá y Brasil, efectuaron una revisión sistemática de 65 estudios, provenientes de 34 países, relacionados con el maltrato hacia las mujeres durante el parto. El documento contiene una clasificación sobre la forma en que ocurre este fenómeno, basada en evidencia cuantitativa y cualitativa⁶⁵.

88. Dicho estudio revela que la violencia sufrida por las mujeres en las instituciones de salud es un fenómeno global, es decir se presenta en muchas naciones, entre

⁶⁵ Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) *“The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”*. PLoS Med 12(6): e1001847. Doi: 10.1371/journal. Pmed. 10011847.

ellas México y que el maltrato ocurre durante la interacción entre la gestante y la persona que brinda la atención médica; asimismo, advirtió sobre las fallas tanto en las instalaciones donde se provee el servicio, como en el sistema de salud. Los hallazgos de la investigación, fueron categorizados en varios rubros, destacando⁶⁶ los siguientes:

Categoría	Observación
<i>Abuso físico</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="280 888 565 919">• Uso de la fuerza: 	Las mujeres, señalaron haber experimentado el uso de la fuerza por parte de los prestadores de servicios de salud durante la atención del parto.
<i>Abuso verbal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="280 1110 630 1178">• Empleo de lenguaje duro, fuerte: 	El abuso verbal perpetrado por el personal médico, es uno de los actos que ocurre con mayor frecuencia en países de alto, medio y bajo ingreso.
<i>Estigma y discriminación</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="280 1333 630 1434">• Discriminación basada en la etnia o religión: 	Las gestantes comúnmente reportan haberse sentido discriminadas, cuestión que influye en la calidad de servicio que reciben. Este tipo de tratamiento tiende a hacerlas sentir alienadas por el personal médico, particularmente migrantes y refugiadas son quienes se ven frecuentemente afectadas.

⁶⁶ Para la presente Recomendación, se destacaron las categorías que de acuerdo con el meta análisis, contaban con la evidencia más fidedigna.

<ul style="list-style-type: none"> • Discriminación basada en el estatus socioeconómico: 	<p>Del análisis se desprende que en el mundo las mujeres de escasos recursos, son quienes reportan haber sentido discriminación por su condición social, existe una percepción de que fueron discriminadas por ser pobres y sin la posibilidad de pagar por los servicios. Las encuestadas sintieron que el personal de salud las humilló debido a su pobreza, no saber leer o escribir o por residir en zonas marginadas.</p>
<p><i>Brindar servicios médicos sin los estándares de calidad necesarios</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Negarse a proveer calmantes: 	<p>Las gestantes describieron la forma en que los trabajadores de la salud, se oponían a proveer de calmantes o medicamento para el dolor. Los procedimientos quirúrgicos como las episiotomías, en algunos casos fueron efectuados sin anestesia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia, abandono o demora en la atención al paciente: 	<p>Las mujeres en los estudios refirieron largas demoras para recibir la atención. Asimismo manifestaron frecuentemente haberse sentido solas, ignoradas o abandonadas por largo tiempo durante su estancia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de atención médica profesional en el momento del parto: 	<p>Algunas mujeres reportaron que el personal de salud era muy joven y negligente, lo que representaba un riesgo. Muchas veces tenían a su bebé sin la presencia de personal calificado para atender el parto, el cual estaba ocupado en otras labores.</p>
<p><i>Mala comunicación entre la gestante y el personal médico</i></p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Mala comunicación: 	<p>En los estudios constan los problemas de comunicación entre los trabajadores de la salud y las gestantes. Muchas mujeres se sintieron insatisfechas con la información y explicaciones proveídas por el personal médico. Estas experiencias hacen que se sientan distanciadas de las personas que las están atendiendo, temerosas de los procedimientos y no participen de su experiencia de parto. Algunas mujeres en Reino Unido, República Dominicana y Brasil, consideraron que de manera intencional, los prestadores de servicios médicos, evitaba darles información a las pacientes y describieron que no atendían sus necesidades.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo y cuidados por parte del personal médico: 	<p>Las pacientes reportaron falta de apoyo y cuidados del personal durante el parto, inclusive consideraron que el servicio médico era mecánico, descortés e insensible a sus necesidades, lo que las hace sentir inseguras y ansiosas.</p>
<p>Condiciones de la institución de salud y limitaciones</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de privacidad: 	<p>Las pacientes encuestadas denunciaron la falta de privacidad en las salas de labor, específicamente durante los exámenes vaginales y abdominales. Las mujeres son expuestas a otros pacientes, sus familiares y personal de salud debido a la falta de cortinas que las separen de otros pacientes. En países de bajo y mediano ingreso, las salas de labor eran en ocasiones áreas comunes o públicas. En general sienten que esta exposición es poco digna, inhumana y vergonzosa.</p>
<p>Impacto en los servicios de salud materna</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias: 	<p>Las experiencias de maltrato durante el parto han erosionado la confianza de las mujeres en el sistema de salud, lo que ha influido en su decisión de tener a su bebé en una institución de salud, buscando una opción menos medicalizada, un lugar en donde puedan conducirse sin miedo a ser reprimidas.</p>
---	---

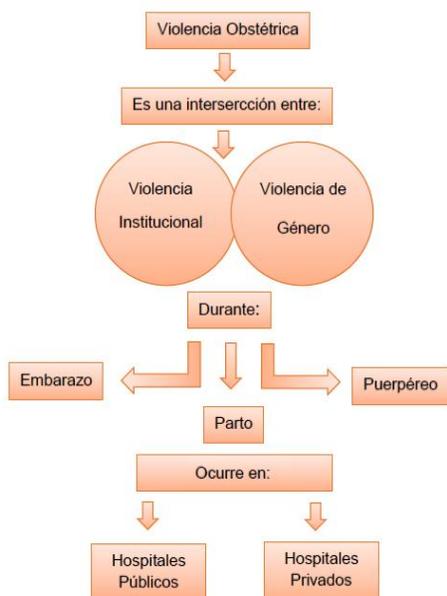
89. Como se estableció anteriormente, las mujeres gestantes son susceptibles de verse afectadas con motivo de acciones físicas o verbales, así como omisiones cometidas por los profesionales en servicios de salud; situación en la que convergen dos tipos de violencia, la que podríamos considerar de carácter genérico denominada como violencia contra la mujer y una de carácter específico llamada violencia institucional, las cuales son definidas en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, como se precisa en el siguiente cuadro:

<p><i>Violencia contra las mujeres</i> <i>(artículo 5, fracción IV)</i></p>	<p>Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.</p>
<p><i>Violencia Institucional</i> <i>(artículo 18)</i></p>	<p>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, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.</p>

90. La violencia obstétrica, es un tipo de violencia de género, cuya complejidad y particularidades exigen un estudio pormenorizado de la forma en que opera, personas que intervienen, circunstancias en que se reproduce y consecuencias.

Tiene dos modalidades: a) la física, que se configura cuando se “se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”; y b) la psicológica, que se presenta ante “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”⁶⁷.

91. Para este Organismo Autónomo, se trata de la violencia perpetrada por los prestadores de servicio de salud sobre el cuerpo y los procedimientos reproductivos de las mujeres; es un fenómeno de naturaleza multifactorial, que se traduce en una violación pluriofensiva hacia la mujer, es decir, es una problemática, consecuencia de diversos factores, que transgrede múltiples derechos humanos. Ilustra lo anterior, el siguiente diagrama:



⁶⁷ Medina, Graciela. “Violencia obstétrica”. Revista de Derecho y Familia de las Personas, núm. 4, Buenos Aires, Diciembre 2009. Páginas 3 y 4.

92. Es importante tener presente las diversas aproximaciones que se han desarrollado en torno a la violencia obstétrica. En el ámbito de la academia, expertos en la materia han expuesto definiciones, las cuales refieren a este fenómeno como una categoría más de violencia hacia la mujer⁶⁸, cometida por el personal de salud durante la atención obstétrica⁶⁹, ejercida mediante prácticas amenazantes⁷⁰, que degradan, intimidan y oprimen a la víctima⁷¹, provocándole un daño físico y/o psicológico⁷².

93. Las descripciones normativas contenidas en las legislaciones venezolana, argentina y la primera acuñada en nuestro país (Veracruz)⁷³, coinciden en los elementos de:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud
Trato deshumanizador
Abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales
Las consecuencias de pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad

⁶⁸ Op. Cit. Bellón, páginas 93-111.

⁶⁹ Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) “Niñas y mujeres sin justicia: Derechos Reproductivos en México”, México, 2015. Página 124.

⁷⁰ Revista “Redbioética/UNESCO”, Año 4, Vol. 1, No. 7, Enero-Junio de 2013.

⁷¹ Op. cit. Arguedas, página 146.

⁷² Op. Cit. “Niñas y mujeres sin justicia: Derechos Reproductivos en México, página 124.

⁷³ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. “**Artículo 7:** “ (...) 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...”.

Repercusión en la calidad de vida de las mujeres

94. Esta Comisión Nacional en sus Recomendaciones ha definido a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

95. Investigadores, de distintas disciplinas, desde la academia, han buscado dar respuesta a por qué los prestadores de servicios de salud incurren en violencia obstétrica y las causas de esta, llegando a conclusiones basadas en nociones filosóficas, bioéticas, pedagógicas y políticas, entre otras, las cuales ponen de relieve el concepto de “poder obstétrico”, falta de enfoque de género en la legislación de leyes y en la elaboración de planes de estudios en las escuelas y facultades de medicina, así como factores culturales sustentados en visiones androcentristas de la sociedad⁷⁴.

96. Este Organismo Constitucional en reiteradas ocasiones ha sostenido que esta situación no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las condiciones laborales del personal médico, o a un problema de formación en la ética. En este sentido, Roberto Castro ha manifestado: “[I]os esfuerzos de

⁷⁴ Para mayor profundización de estos conceptos, consultar Op. cit. Arguedas, página 166, Guillén Fernández, Francisca. “¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos”, n° 18, 113-128, ISSN 1989-7022. Dilemata año 7, 2015. Página 113, Castro, Roberto. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. Revista Mexicana de Sociología 76, núm. 2, Abril-Junio, 2014. Página 176, Op. cit. Bellón, página 107.

prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención, desconocen la verdadera naturaleza del problema”; por tal motivo propone “reconfigurar el objeto de estudio (...) y construirlo como un objeto de estudio sociológico en el marco de los derechos en salud”, asimismo, destaca la necesidad de estudiar el “habitus profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación”⁷⁵.

B. Casos sobre violación de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

97. El maltrato de las mujeres en las salas de maternidad, se materializa como violencia obstétrica. Es necesario cuestionarse sobre sus efectos en la vida de las mujeres, los cuales pueden ser físicos o psicológicos. Ibone Olza Fernández, psiquiatra infantil y perinatal, estableció que aproximadamente el 35% de las mujeres después del parto, presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático⁷⁶, mismo que en algunas ocasiones, puede ser producto de las acciones u omisiones de los profesionales sanitarios.

98. Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos de las víctimas, lo que ha sido motivo de numerosas recomendaciones emitidas por los organismos protectores de derechos humanos de las entidades federativas, así como por esta Comisión Nacional.

99. En el 2015, 2016 y 2017 ⁷⁷, esta Comisión Nacional ha emitido 28 Recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica, lo que a su vez produjo la vulneración de otros más. En dichas Recomendaciones se acreditó la

⁷⁵ Op. Cit. Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, págs. 37-42.

⁷⁶ Olza Fernández, Ibone. “PTSD and obstetric violence”. Publicado en Midwifery Today issue 105, Spring 2013.

⁷⁷ A la fecha de la emisión de la presente Recomendación General.

afectación a los derechos a una vida libre de violencia y a la protección de la salud; mientras que en 22 se tuvo por acreditada la vulneración al derecho a la vida de la madre o del producto de la gestación. Asimismo, en algunas de ellas se constató la afectación al derecho a la información en materia de salud, libertad y autonomía reproductiva, igualdad y no discriminación.

Derechos humanos que con mayor frecuencia fueron transgredidos en las Recomendaciones emitidas por esta Comisión Nacional en el periodo 2015, 2016 y 2017	Número de Recomendaciones en las que se acreditó la violación
Derecho a la vida	22
Derecho a la integridad personal	6
Derecho a la igualdad y no discriminación	1
Derecho a la libertad y autonomía reproductiva	11
Derecho a la información y libre consentimiento	9
Derecho a la protección de la salud	26
Derecho a una vida libre de violencia	28

100. Cabe destacar que no obstante la adopción y desarrollo reciente del concepto de violencia obstétrica como una modalidad de violencia institucional y de género, este Organismo Constitucional por su propia naturaleza ha abogado por la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres, las adolescentes, de las niñas y de los niños⁷⁸.

101. Por otra parte, a fin de obtener una visión objetiva sobre las prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres ocurridas en el contexto de la atención durante el embarazo, se sistematizaron los principales hechos contenidos

⁷⁸ Ejemplo de esto, se puede observar en las siguientes recomendaciones 37/2011, 6/2012, 23/2012, 1/2013, 6/2013, 7/2013, 60/2013, 1/2014, 2/2014, 8/2014, 15/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 5/2015 y 7/2015.

en las recomendaciones proporcionadas y emitidas por los organismos locales de protección de los derechos humanos, entre 2014 y 2015.

102. En el siguiente apartado, se desarrollará un análisis de los derechos humanos que con mayor frecuencia fueron transgredidos al actualizarse esta violación, se expondrá en qué consisten, cuáles son los estándares que los rigen a nivel nacional e internacional, y finalmente se hará mención de casos emblemáticos para explicar el tiempo, modo y forma en que acontece la violencia obstétrica. Este ejercicio nos llevará a la conclusión sobre cuáles son las principales prácticas que conculcan el derecho humano en cuestión.

a) Derecho a una vida libre de violencia.

103. Esta Comisión Nacional observa que las acciones que violan el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres, son conductas basadas en su género, las cuales se sostienen en la idea de una relación jerárquica de poder entre paciente y médico, lo que en ocasiones da lugar al maltrato. Es posible que esta idea se conciba en las instituciones educativas y se reproduce en las relaciones personal médico-paciente. Como se había mencionado, la enseñanza de la ciencia médica puede verse influenciada por factores como la cultura sexista y discriminatoria y la ausencia de un enfoque de derechos humanos y de perspectiva de género en la impartición de la cátedra.

104. En la relación personal médico-paciente, se disciplinan los cuerpos de las mujeres mediante la apropiación del trabajo del parto, con miras a imponer una definición medicalizada de él, conforme a la cual se alteran sus ritmos naturales y se desplaza a las mujeres de su lugar de actoras principales a la condición de colaboradoras, cuando en realidad, son las mujeres las protagonistas principales

del proceso de nacimiento, y son los médicos quienes están colaborando con ellas o apoyándolas⁷⁹.

105. Para el desarrollo de este apartado se tomaron como referencia las Recomendaciones 19, 20 y 45 de 2015, en las que se acreditó la violación a este derecho, al constatar que no se hizo partícipe a las agraviadas de las actuaciones que se llevaron a cabo con motivo del parto⁸⁰; la actitud de enojo y las expresiones inapropiadas a la paciente así como el trato descortés y violento⁸¹ consistente en gritos, regaños e insultos⁸².

106. Específicamente en la Recomendación 20/2015, tanto la agraviada como su madre en entrevista sostenida con Visitadores Adjuntos de este Organismo Autónomo, manifestaron que el personal de servicios de salud, se condujo con expresiones inapropiadas a la paciente, quien era menor de edad, diciéndole: *“a poco duele”, “cuántos más vas a tener”, “ya ves que duele”*.

107. Este Organismo Constitucional, consideró que los hechos que tuvieron lugar en las citadas Recomendaciones; afectaron física y psicológicamente a las víctimas, por lo que se exhortó a las autoridades, entre otras cosas, a brindar la atención psicológica correspondiente.

108. A nivel estatal se registraron casos en los que las agraviadas manifestaron que algunos médicos, enfermeros y camilleros, fueron ofensivos al hacer comentarios despectivos, tales como responsabilizar a la madre por la muerte del bebé, así como reprobar las exclamaciones de dolor⁸³.

⁷⁹ Op. Cit. Castro, Roberto, páginas167-193.

⁸⁰ Recomendación 19/2015. Párrafo 39.

⁸¹ Recomendación 45/2015. Párrafo 134.

⁸² Recomendaciones consultables en la página electrónica de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos: <http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>.

⁸³ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, emitida por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, páginas 4 y 5.

109. Del mismo modo, se advirtió el trato degradante ocurrido en ocasiones hacia la mujer, tales como sugerir la práctica de la salpingoclasia, exclamando a la paciente que lo hiciera *“para que ya no tuviera más hijos y sólo se dedicara a gozar”*⁸⁴.

110. En otro asunto se observó, que la paciente estuvo hospitalizada, tiempo durante el cual manifestó que el personal de salud le hacía comentarios como *“deberías estar agradecida, es más pregúntale a tu Dios, si crees en Dios, pregúntale a tu Dios para qué te quiere porque muchas en tu lugar no salen, y si salen, salen taraditas o en coma”*⁸⁵. En consecuencia, la agraviada expresó que estos hechos le ocasionaron una afectación a su estado psicoemocional y temor de acudir a los servicios públicos de salud.

111. La Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, también emitió Recomendaciones⁸⁶, en las que además de vulnerarse el derecho a la integridad personal⁸⁷, se transgredió el derecho a una vida libre de violencia de las víctimas⁸⁸.

⁸⁴ Ibid, páginas 6 y 7.

⁸⁵ Ibid, página 11.

⁸⁶ Recomendaciones 122/2014/C-II, 127/2014/C-I.

⁸⁷ Recomendación emitida en el expediente 122/2014/C-II, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, el 14 de enero de 2015, consultable en: http://www.derechoshumanosgto.org.mx/descargas/recomendaciones/2015-1/2015-01-14_EXP_122-14-C.pdf. Relato de la víctima en el presente caso: *“la Dra. (...) le dice a mi esposo, “señor se puede llevar a su esposa a otro lado porque necesita una cesárea de emergencia, puede llevársela al sanatorio Villagrán, porque no tenemos especialista”, (...) yo le conteste ya no amor, ya viene él bebe, y en ese momento yo la expulse, (...) después de rato llega la doctora (...) y me dice “te vamos a llevar a quirófano”, (...) de rato entra nuevamente la Doctora (...) y me dice “te voy a presionar tu vientre para sacarte lo que quedo e introdujo su mano y sentía que salía sangre, es cuando la doctora (...) me dice tienes hemorragia, (...) se sale del quirófano, ya después y me pone un pañal y me acomoda la bata, me saca al pasillo y después regresa con mi esposo quien estaba llorando y me abraza y me dice “la bebe murió” la doctora interviene diciendo “señora la bebe ya la traía muerta en la panza”, yo enojada le conteste “no es cierto usted bien sabe que la bebe no estaba muerta”, y le pido que me permita verla respondiendo “está segura” yo le digo “tráigamela”, ella entra a un cuarto y sale con la bebe y me la muestra, y todavía mi bebe está sucia de sangre, yo le reclame diciéndole que no era justo que me la enseñara así, que la hubiera limpiado”*

⁸⁸ Recomendación emitida en el expediente número 127/2014/C-I, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, el 28 de agosto de 2014, consultable en:

112. Este Organismo Constitucional observó que en algunos casos se llegan a hacer comentarios que tienden a descalificar y subestimar el sufrimiento de las mujeres, asimismo resulta preocupante, que se den *“en un momento tan significativo como el del parto, donde la mujer se encuentra más necesitada de asistencia, contención y apoyo”*⁸⁹.

b) Derecho a la protección de la salud.

113. La Suprema Corte de Justicia de la Nación⁹⁰ ha sostenido que del derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4º Constitucional, derivan una serie de estándares jurídicos, como lo es el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Estado mexicano al ser parte de dicho instrumento, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de*

http://www.derechoshumanosgto.org.mx/descargas/recomendaciones/2014-2/2014-08-28_EXP_127-14-C.pdf
Página 10. En el caso que dio origen a la Recomendación 127/2014/C-I, también resuelta por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, la paciente refirió que recibió un trato descortés, por parte del doctor que la atendió, quien al percatarse de que el corazón de su bebé ya no latía le dijo a la agraviada y a su madre en un tono prepotente que *“esas son cosas que pasan, y las dejo un momento solas”*. La agraviada en su testimonio asentó: *“que con todo lo que sufrí no recuerdo horas ni tiempo sólo recuerdo que ya estaba de tarde; quiero mencionar que era mucho el dolor que sentía por la pérdida de mi bebé, por lo cual yo no paraba de llorar, y ya en la madrugada fue que entró una enfermera, de quien no supe su nombre, ni me fijé en sus características, pero recuerdo que me dijo “que ya no llorara, que también otra persona había perdido a su bebé y no estaba como yo”*.

⁸⁹ García Jurado, Mariana; Aucía, Analía; Arminchiardi, Susana y Chiarotti, Susana. *“Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva: Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”*. Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer (CLADEM); Instituto de Género y Desarrollo (INSGENAR), ISBN: 987-95502-6-9. Rosario, Noviembre 2003 Página. 27.

⁹⁰ Registro No. 2 007 938.Tesis: 2a. CVIII/2014 (10a.). SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.

*otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población*⁹¹.

114. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud *“como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*”⁹².

115. Este Organismo Nacional se ha pronunciado sobre la protección de la salud en la Recomendación General 15 publicada en el año 2009, destacando que debe entenderse como el derecho a exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que *“el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice*”⁹³.

116. En relación con los entes privados, esta Comisión Nacional considera que la obligación de proteger, exige a los Estados asegurar que los terceros no afecten el derecho a la salud. Por tal motivo, deberán adoptar medidas para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos humanos cuando prestan atención sanitaria; velar porque esto *“no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”* de los establecimientos,

⁹¹ Registro: 2004683. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XXV, octubre de 2013, Tomo 3. Materia(s): Constitucional. Tesis: I.4o.A.86 A (10a.). Página: 1759. DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE.

⁹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *“Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁹³ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*. Publicada el 23 de abril de 2009.

bienes y servicios de salud; proteger y procurar que *“terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud”*⁹⁴.

117. Cabe destacar que las instituciones privadas de salud no están exentas de ser sujetos de supervisión, toda vez que de conformidad con el artículo 5° de la Ley General de Salud conforman el Sistema Nacional de Salud, el cual es la *“instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones”*⁹⁵.

118. En diversos casos analizados tanto por este Organismo Constitucional como por los Organismos Locales, se observó que: subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente⁹⁶, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base, la falta de infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación, fueron algunos factores que incidieron en la salud de los afectados.

119. Los hechos que dieron lugar a la Recomendación 40/2015, son un claro ejemplo de lo asentado líneas arriba. En este asunto la paciente fue objeto de medicalización por cuatro días, toda vez que el hospital en que se brindó el servicio,

⁹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *“Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000. Párrafo 35.

⁹⁵ CONSIDERANDO. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

⁹⁶ En la Recomendación 33/2016, se analizaron dos casos en los que las gestantes acudieron al hospital por sufrir los dolores propios del parto. De acuerdo con la opinión médica las pacientes debieron ser ingresadas, situación que no sucedió, lo que derivó en la evolución del trabajo de parto, los cuales en ambas situaciones fueron fortuitos.

no contaba con los elementos necesarios para otorgar una adecuada atención⁹⁷, además de no haber sido referida en su oportunidad a uno de tercer nivel.

120. Respecto esta situación, Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional, han podido constatar que en ocasiones algunos hospitales carecen de infraestructura física, mobiliario y equipo idóneo, como también de personal médico y de enfermería suficientes para atender a la comunidad, que cuentan con pocos quirófanos, mobiliario deteriorado, ausencia de sábanas o los equipos médicos no funcionan correctamente. Para este Organismo Constitucional, una infraestructura inadecuada puede trascender a la violencia de género, como en el ejemplo anteriormente plasmado.

121. En cuanto a la realización de prácticas o revisiones de forma rutinaria, un experto en medicina de este Organismo Autónomo en la Recomendación 41/2015 dictaminó, que el tacto vaginal practicado a la gestante resultó inadecuado, ya que debe evitarse en las mujeres que presentan sangrado, debido a la alta posibilidad de que se presente de nuevo, como sucedió en el caso de la paciente. Al decir del experto en medicina, el médico responsable debió emplear otras metodologías como el ultrasonido obstétrico, las cuales no se llevaron a cabo, bajo la premisa de que todas las mujeres en estado de embarazo podrían presentar una hemorragia posparto.

122. Asimismo la inadecuada atención que se dio a la víctima en la Recomendación 41/2015, continuó afectándola en el puerperio. Ante el aviso del personal de enfermería de la continuación del sangrado transvaginal, las autoridades responsables realizaron un tacto bimanual⁹⁸ a la paciente. El médico

⁹⁷ La ausencia de infraestructura también se evidenció en los casos que conformaron las Recomendaciones 44/2015 y 47/2016, en los que dicha circunstancia, coadyuvó en que no se otorgara una atención oportuna y de calidad a las mujeres perjudicadas, ya que no se contaba con los insumos necesarios para su tratamiento integral, lo que se traduce en una responsabilidad institucional.

⁹⁸ El examinador, con la mano enguantada separará los labios menores e introducirá uno o dos dedos (índice y medio) en la vagina, y la otra mano se pone sobre el abdomen, unos centímetros sobre la sínfisis púbica, y se

de este Organismo Nacional en su opinión señaló, que las revisiones uterinas producen un grado de dolor a la paciente, no obstante el personal médico efectuó esta práctica, desacreditando la actitud *“poco cooperadora”* de la víctima⁹⁹.

123. Cabe destacar que en el caso en comento, la afectada fue intervenida inicialmente por dos médicos residentes, quienes no fueron supervisados ni asesorados por los médicos. Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, *“Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado”*, prevé que: *“[e]n las instituciones de salud deben realizar la evaluación de sus campos clínicos al menos una vez al año y verificar que en ningún caso los alumnos sustituyan al personal de contrato,”* además de que se *“[p]roporcionen a los alumnos enseñanza tutorial sin exponerlos a actividades sin asesoría y supervisión que impliquen responsabilidad legal”*.

124. Como se ha establecido, las formas de violencia obstétrica infringen el derecho a la protección de la salud. Este Organismo Autónomo registró acciones y omisiones cometidas por algunos profesionales en servicios de salud, que conculcaron este derecho en cada una de las etapas del embarazo, por ejemplo: efectuar prácticas de rutina, no llevar a cabo las medidas pertinentes para brindar la atención oportuna y no realizar un control prenatal adecuado¹⁰⁰.

presiona tratando de enganchar el útero. Se trata de sentirlo entre las dos manos (porción la pélvica y abdominal). Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. Editorial Ciencias Médicas, 2004, La Habana, Cuba

⁹⁹ En el caso que dio lugar a la Recomendación 46/2016, se constató una actitud similar por parte de los médicos tratantes quienes asentaron que después del parto la víctima se encontraba *“muy quejumbrosa y renuente”*, inclusive una de las autoridades responsables al suscribir la *“Nota de Revisión”*, describió a la paciente como *“poco cooperadora”*.

¹⁰⁰ Tal como se lee en la Recomendación 44/2015, en la que esta Comisión Nacional destacó la importancia de brindar una adecuada atención a las gestantes menores de edad. Con relación a los hechos, el médico adscrito a este Organismo Nacional observó, que la paciente cursaba un aborto en evolución, siendo el caso que en menores de edad, tal padecimiento se presenta en mayor porcentaje, toda vez que estos embarazos son clasificados como de alto riesgo. La prueba diagnóstica para determinar el manejo del aborto es efectuar un ultrasonido obstétrico, el cual no fue realizado.

Este Organismo Nacional consideró que el trato otorgado por los prestadores de servicios de salud, no atendió a su especial condición de menor de edad en estado de gravidez, toda vez que no fue indicado el ingreso de la

125. Respecto al control prenatal, la UNICEF y OMS resaltan la relevancia de acudir al menos a cuatro visitas prenatales con el objeto de prevenir y tratar con oportunidad las complicaciones en la salud de las mujeres embarazadas, sin demérito de lo establecido como meta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (párrafo 34 de la presente Recomendación General). Para estos efectos, es preciso que las autoridades responsables de establecer las políticas públicas en materia de salud, promuevan mediante campañas de difusión, la importancia de acudir periódicamente a la unidad médica a recibir la atención de su embarazo, con mayor razón cuando se trata de un embarazo patológico¹⁰¹.

126. Por lo anterior, este Organismo Nacional reitera, la necesidad de prestar un servicio médico conforme a las necesidades de la paciente en cada una de las etapas del embarazo, teniendo presente los factores que pudiesen representar un riesgo al bienestar del binomio materno infantil, como lo son: la edad, anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo¹⁰².

c) Derecho a la información y al libre consentimiento informado.

127. Ambos derechos se encuentran estrechamente relacionados, ya que la satisfacción del primero, garantiza el ejercicio efectivo del segundo. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos en su artículo 6° dispone, que *“toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a*

paciente, ni la práctica del ultrasonido, hechos que configuraron violencia obstétrica, lo cual puso en riesgo su derecho a la protección de la salud, ya que se le expuso a complicaciones como hemorragia, perforación uterina, restos retenidos del producto de la concepción, endometritis y aborto séptico.

¹⁰¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *“Estado mundial de la infancia 2009 Salud materna y neonatal”*. Diciembre de 2008. Página 50.

¹⁰² Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el jueves 7 de abril de 2016.

cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”.

128. Este Organismo Constitucional tiene presente, que el derecho a la protección de la salud está condicionado al cumplimiento de diversos elementos como el derecho a la información, mismo que *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*¹⁰³. En este sentido la Corte Interamericana precisó, que un *“aspecto relevante en materia de derecho a la salud y asistencia sanitaria lo constituye el acceso a información”*¹⁰⁴.

129. Sobre el particular la Comisión Interamericana asegura que los Estados deben *“eliminar los estereotipos de género tales como las restricciones al acceso a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de la autorización del esposo, o compañero, padres o autoridades de salud, por su estado civil o por su condición de mujer”*¹⁰⁵.

130. En el ámbito nacional, la Carta de los derechos del paciente publicada en la página de la CONAMED, contiene el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, mientras que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en los artículos 29 y 30 dispone que el paciente tiene el derecho *“a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”*.

¹⁰³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Observación General 14, 11 de agosto de 2000. Párrafo. 11.

¹⁰⁴ *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas.* Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. Párrafo 198.

¹⁰⁵ Comisión IDH. Informe *“Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”*. OEA/Ser.L/V/II. 7 de junio de 2010. Párrafo 93.

131. Es necesario que en la relación médico-paciente y con quienes intervienen en la atención durante el embarazo, parto y puerperio, la mujer embarazada pueda consultar las inquietudes inherentes al proceso que está experimentando, mientras que el personal médico deberá proporcionarle información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios, en un lenguaje comprensible y en su idioma, y en un ambiente libre de presiones y coerción, de manera que le sea posible ejercer el derecho a dar su consentimiento informado.

132. El consentimiento informado es un derecho humano que se vulnera cuando es subestimada la opinión de la mujer respecto a su salud, lo que anula su capacidad de decidir respecto de los procedimientos a realizar.

133. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el consentimiento informado se logra a lo largo de un *“proceso de comunicación entre un proveedor de salud y un usuario, que no se agota con la firma de un documento (...) se debe otorgar de manera libre y voluntaria, después de que [quien lo otorga] reciba información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento [que se va a consentir], [cuando] esté consciente de que existen otras alternativas que pueden ser igualmente efectivas y sin que esté sujeto a ningún tipo de discriminación, amenazas ni presiones”*¹⁰⁶.

134. El *“médico tiene la obligación moral de escuchar con atención, paciencia y comprensión todo lo que el paciente y sus familiares quieran decirle, y a su vez explicarles con claridad y en lenguaje sencillo, tantas veces como sea necesario, todo lo concerniente a su enfermedad y su pronóstico, evolución y tratamiento (...)no hacerlo es una falta grave de ética médica, porque interfiere con el*

¹⁰⁶ 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. Página 317.

*establecimiento y la conservación de una relación médico-paciente constructiva y positiva*¹⁰⁷.

135. El cumplimiento de este derecho obliga al personal médico a comunicar a la mujer embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto y a obtener su autorización expresa e informada, esto con la finalidad de evitar que se lleven a cabo los servicios obstétricos de forma rutinaria sin indicaciones clínicas justificadas, los cuales pueden llegar a ser innecesarios y peligrosos. La ausencia de información, provoca confusión y ansiedad a la mujer, incluidos sus familiares.

136. En la práctica, es común que se incurra en la afectación de estos derechos. En la Recomendación 45/2015 este Organismo Autónomo determinó, que el personal médico del hospital, vulneró el derecho a la información en materia de salud de los padres, al haber brindado información incompleta o sesgada sobre el estado de salud de la recién nacida, toda vez que no se les comunicó del estado de gravedad de la menor, ni de la causa de su posterior deceso.

137. Asimismo, en la Recomendación 51/2015 se comprobó, que el médico interno de pregrado incurrió en la conculcación del derecho al consentimiento informado, toda vez que realizó la episiotomía, sin que dicha intervención haya sido consultada a la paciente. Con relación a ello la NOM-007-SSA2-1993 en su numeral 5.4.1.8, refiere que “[l]a episiotomía debe practicarse solo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada; asimismo, que su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer”^{108*}, circunstancias que no se cumplieron en el presente caso.

¹⁰⁷ Pérez Tamayo, Ruy. “*Ética médica, salud y protección social*”. Trabajo presentado en el marco de la Conferencia Magistral Miguel E. Bustamante, durante el XI Congreso de Investigación en Salud Pública, celebrado en las Instalaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, del 2 al 4 de marzo de 2005. Publicada en Salud pública en México. Volumen 47, número 3, mayo-junio 2005. Páginas 247, 248 y 250.

¹⁰⁸ * Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995. Vigente en la época en que sucedieron los hechos.

138. A nivel estatal, este Organismo Autónomo registró un caso en el que la quejosa refirió que llevaba dos horas en espera de ser atendida en el hospital, dio a luz a su bebé dentro de la taza del baño, golpeándose al caer y cortándose el cordón umbilical, siendo dada de alta sin que se le brindara información de la recién nacida, sobre los riesgos que *“representa un parto fortuito (parto espontáneo y sin atención médica)”* ni de *“la posibilidad de que en el futuro su hija presente alguna afectación neurológica derivada del golpe que recibió por la caída”*¹⁰⁹.

139. Este Organismo Nacional reconoce que en algunas ocasiones las asimetrías y los roles de género tienen un impacto negativo en el derecho a decidir libremente sobre la salud y derechos reproductivos de las mujeres, por lo que destaca la importancia de poner a la disposición la información necesaria que permita el ejercicio efectivo de este derecho.

d) Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

140. Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4° de la Constitución al decir: *“[t]oda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*¹¹⁰. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad *“los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*.

141. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha precisado que la salud genésica: *“significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y*

¹⁰⁹ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, página 16.

¹¹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de enero de 2016.

*aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto*¹¹¹.

142. Sobre el particular, la Corte Interamericana en el Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación In Vitro) Vs. Costa Rica sostuvo, que *“existe una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”*¹¹².

143. La salud reproductiva implica comprender las condiciones sociales que posibilitan u obstaculizan el acceso a ésta. Lo anterior conlleva a considerar las especificidades de las mujeres que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad.

144. Con relación a los miembros de comunidades indígenas, este Organismo Nacional en la Recomendación General No. 4 publicada en el año 2002, relativa al derecho al consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar, señaló que en la práctica, no se cumple satisfactoriamente, ya que *“no se toman en cuenta las diferencias culturales, esto por el idioma en que se redactan los documentos administrativos, y tampoco se respetan sus esquemas de valores sobre su vida sexual y reproductiva”*¹¹³, por lo que instó a preservar los derechos reproductivos de los pueblos y comunidades indígenas, en atención a la diversidad cultural e instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que los protegen.

¹¹¹ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).Párrafo 12.

¹¹² Op. Cit. Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros, párrafo 147.

¹¹³ Recomendación General No. 4, *“Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas, respecto a la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”*. Publicada el 16 de diciembre de 2002. página 3.

145. Una práctica que constituye violencia obstétrica y transgrede el derecho a la libertad y autonomía reproductiva es la esterilización forzada, la cual en determinados contextos¹¹⁴, puede ser considerada una violación a la prohibición absoluta de la tortura¹¹⁵.

146. A continuación se exponen los casos de las Recomendaciones 29/2015, 32/2015, 45/2015, 51/2015, 8/2016, 31/2016, 50/2016 y 3/2017, así como Recomendaciones publicadas por las Comisiones, Procuradurías y Defensorías Estatales, en los que se conculcó, el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, al acreditarse que el personal médico no respetó la forma en que la gestante decidió dar a luz, ni los procesos naturales del parto, al acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina cuando no era necesario; del mismo modo se afectó el derecho a decidir libremente el método de planificación familiar y el número de hijos y espaciamiento entre ellos.

147. En la Recomendación 29/2015, se describe que el médico realizó rompimiento de membranas amnióticas para acelerar el trabajo de parto, ordenó bloqueo peridural e inició conducción del trabajo de parto por medio de oxitocina; sin embargo en el partograma se advierte que no existió una adecuada monitorización fetal y estrecha vigilancia del trabajo de parto, ya que no se registró el descenso por el canal de parto en base a los planos de Hodge, ni el borramiento cervical. Asimismo el médico no detectó oportunamente el período expulsivo prolongado, toda vez que a pesar de que la paciente presentaba dilatación completa, se pasó a sala de expulsión después de más de dos horas, en donde “en

¹¹⁴ Organización de las Naciones Unidas (ONU) “Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Consejo de derechos Humanos. 31 periodo de sesiones. A/HRC/31/57. 5 de enero de 2016. “Entre las prácticas documentadas que pueden violar dicha prohibición destacan las iniciativas de planificación familiar impulsadas por algunos gobiernos y dirigidas a mujeres sin estudios y pobres en las que se abrevia el proceso de obtención del consentimiento; el requisito fijado por algunos empleadores de presentar un certificado de esterilización y la esterilización forzada de las mujeres seropositivas en algunos Estados”. Párrafo 45.

¹¹⁵ “La esterilización forzada es un acto de violencia y una forma de control social que viola el derecho de las personas a no ser sometidas a tortura y malos tratos”. Ibid. 45.

apoyo” a la mujer parturienta se le presionó el abdomen en cinco ocasiones, hasta que nació el menor con paro cardiorespiratorio. En el presente asunto la violencia obstétrica consistió, en haberle realizado la maniobra de Kristeller¹¹⁶.

148. En la Recomendación 50/2016 la agraviada refirió que el médico pasante le realizó numerosos tactos vaginales, inclusive momentos antes de la expulsión le practicó dos más; por otra parte se constató, que el médico responsable también hizo empleo de esta maniobra de presión para *“obtener al producto”*, respecto de la cual un médico de este Organismo Nacional destacó que el galeno infringió la NOM-007-SSA2-1993 que señala: *“Para la atención del periodo expulsivo normal (...) no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión”*.

149. En la Recomendación 51/2015, el personal médico sin respetar los procesos reproductivos de la agraviada, decidió no llevar a cabo la cesárea. La quejosa manifestó, que esto ocurrió debido a que *“no había anestesiólogo”* y *“su dilatación era sólo de 8”*; aun y cuando la cesárea había sido indicada en revisiones anteriores, ya que el bebé tenía un peso de 5 kg.

150. Consta en el expediente, que se ordenó la realización de una amniotomía a la paciente, maniobra que implica efectuar una ruptura de membranas de manera artificial, con el propósito de adelantar el trabajo de parto. El médico de este Organismo Nacional en su opinión manifestó que de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.17 de la *“Guía de práctica clínica sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”*, el aceleramiento del parto a través de esta vía no es del todo recomendable, ya que aumenta las posibilidades de infecciones materno-fetales; además manifestó que dicha maniobra no estaba del todo justificada, lo que incumple con la referida NOM-007-SSA2-1993, que establece que *“[n]o debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de*

¹¹⁶ Maniobra de Kristeller: presión en el fondo uterino durante el parto.

parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto^{117*}.

151. Así también en la Recomendación 32/2015, este Organismo Autónomo resolvió que la implantación del dispositivo intrauterino previo a la firma de conformidad del cónyuge, sin tener en cuenta el consentimiento de la interesada, fue un hecho que afectó la libertad y autonomía reproductiva de la mujer¹¹⁸.

152. En las Recomendaciones 45/2015 y 8/2016 este Organismo Constitucional consideró, que la actuación de los médicos incidió en la vulneración del derecho a decidir el número de hijos y espaciamiento, pues de las constancias que integran el expediente, se confirmó que los productos de la gestación eran viables, sin embargo, la inadecuada atención médica que recibió su madre, derivó en la pérdida de la vida de los recién nacidos.

153. Por lo que hace a los hechos contenidos en la Recomendación 31/2016, la víctima manifestó que: *“le fue colocado sin consentimiento de su concubino ni de sus padres, un dispositivo intrauterino “DIU” y que después de ello obtuvieron la firma de su mamá en forma engañosa”*. La Comisión Nacional constató de las evidencias expuestas que el método anticonceptivo elegido por la afectada, no fue respetado por el personal médico del Hospital General, y le fue impuesto otro método anticonceptivo (DIU) sin su consentimiento.

154. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional acreditó la violación al derecho a una vida libre de violencia con motivo de la omisión de respetar el derecho

¹¹⁷ * Op. Cit. NOM-007-SSA2-1993, Numeral 5.4.1.4. Norma Oficial vigente al momento de los hechos.

¹¹⁸ De igual forma este Organismo Nacional tuvo por vulnerado este derecho en la Recomendación 35/2016, en la que se constató que el médico residente asentó en la “Nota de Valoración Preanestésica”, que la víctima elegía la colocación del Dispositivo intrauterino, lo que realizó sin que constara en el documento denominado “Consentimiento Informado en Planificación Familiar”, el nombre, firma o huella digital de la paciente, por lo que se advierte que no se garantizó el derecho al consentimiento libre e informado de conformidad con los estándares nacionales e internacionales en la materia.

a la libertad y autonomía reproductiva en relación con el consentimiento informado en servicios de anticoncepción de la víctima.

155. En el contexto estatal, se detectaron algunos casos en los que las víctimas mencionaron que el personal médico descalificó su negativa de colocarse el dispositivo intrauterino, utilizando frases como *“por eso les pasa lo que les pasa”*, *“por eso tienen hijos no deseados”*¹¹⁹.

156. De manera similar en la Recomendación que resolvió el expediente número 183/2014-C, integrado en la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, consta el dicho de la quejosa sobre la manera en que los doctores que la intervinieron, desatendieron su petición de tener el parto mediante cesárea, argumentando que no contaban con anestesiólogo. La afectada refirió que:

*“al comenzar el trabajo de parto la Doctora me dijo que pujara para que saliera mi bebé, que ya venía, que se veía su cabecita, por lo que yo empecé a pujar sin lograr que saliera mi bebé, yo sentía mucho dolor en mi espalda; fue entonces que la Doctora me pide que me esfuerce más y el Ginecólogo se coloca detrás de la camilla y con su antebrazo presiona mi vientre y lo empuja hacia adelante al tiempo que yo pujo, esto lo hizo en tres ocasiones, y yo sentía mucho dolor, sin lograr que saliera mi bebé; fue que yo le comenté a la Doctora que no podía y ya como a las 23:25 horas, escuché que la Doctora dijo “que este parto ya se está complicando”, (...) yo quería irme a otro lado, ya que antes de empezar el trabajo de parto había pedido que me realizaran una cesárea y me dijeron que no se podía porque no contaban con anestesiólogo, que mi parto sería natural”*¹²⁰.

¹¹⁹ Op. Cit. Recomendación General 3/2015, página 9.

¹²⁰ Recomendación emitida en el expediente número 183/2014-C, por la Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, consultable en: http://www.derechoshumanosgto.org.mx/descargas/recomendaciones/2015-1/2015-01-14_EXP_183-14-C.pdf. Publicada el 14 de enero del año 2015. Página 3.

157. Esta Comisión Nacional hace hincapié en que, para cumplir satisfactoriamente con el derecho a la libertad y autonomía reproductiva, es indispensable que los prestadores de servicios de salud además de realizar una adecuada valoración de la paciente, tomen en cuenta las decisiones de la mujer sobre sus procesos reproductivos, siempre que esto no afecte su salud o la del producto de la gestación.

e) Derecho a la igualdad y no discriminación.

158. El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos prevé que *“ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”*.

159. Por su parte los artículos 12.1, 12.2 y 14.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y 10.1 y 10.2 inciso f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) disponen que los Estados deben satisfacer *“las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*; garantizar *“a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”*; asegurarle una *“nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”*, y adoptar todas las medidas apropiadas para *“eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar (...) condiciones de igualdad entre hombres y mujeres”*.

160. Esta Comisión Nacional observa con preocupación el impacto que tiene esta forma de violencia sobre las mujeres en situación de vulnerabilidad, como las afrodescendientes, migrantes, mujeres con VIH, jornaleras, indígenas o con discapacidad, por mencionar a algunas; quienes además, en algunos casos, de ser maltratadas en las instituciones de salud, las cuales en ocasiones no cuentan con

lo necesario para satisfacer plenamente el derecho a la salud, son discriminadas por su origen y condición social.

161. La Plataforma de Beijing reconoce que *“diversos factores contribuyen a determinar la salud de la mujer, tales como los factores biológicos, el contexto social, político y económico en que vive. Afirma que, el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos”*¹²¹.

162. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 observó que: *“muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad”*.

163. En este tenor, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, enunció que *“los Estados deben tomar en cuenta que los grupos de personas que viven en circunstancias adversas y con menos recursos, tales como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, las mujeres indígenas y afrodescendientes y las adolescentes, son quienes enfrentan un mayor riesgo de ver afectado su derecho a la integridad en el acceso a servicios de salud materna”*¹²².

164. Respecto de los miembros de comunidades indígenas, este derecho se encuentra previsto en el artículo 25 del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que establece la obligación de los Estados de poner a *“disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o*

¹²¹ Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 15 Septiembre 1995, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.1 (1995). Párrafo 89. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

¹²² Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”. 7 junio 2010. Párrafo 96.

proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”; mientras que el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas indica que los indígenas deben acceder sin discriminación a los servicios de salud, quienes *“tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”*.

165. Los hechos señalados en la Recomendación 45/2015, repercutieron en el derecho a la igualdad y no discriminación de las víctimas, quienes refirieron ser lacandones, que no hablan bien el español, no saben leer ni escribir. El personal médico del hospital al momento de otorgar el servicio, omitió considerar las circunstancias particulares de la gestante, quien cuenta con escasos recursos, además de vivir en Nahá, en Ocosingo, Chiapas, municipio que de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, forma parte de los cinco municipios con mayor rezago social en dicho estado; entre otros factores.

166. En el mismo sentido, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, emitió la Recomendación 111/2015, de la que se desprende la doble o triple discriminación que sufren las usuarias de servicios de salud, primero por ser mujer, segundo por su embarazo, y tercero por pertenecer a un grupo indígena; textualmente se sostuvo:

“De raíces indígenas, vecina de la Cañada de los Once Pueblos y trabajadora del campo de la zona agrícola del municipio de Tanhuato, Michoacán dio a luz a su bebé en el baño del Hospital Regional de esta ciudad de la Piedad, ya que los médicos y enfermeras, que se supone, estaban al pendiente de su cuidado, le indicaron que todavía no le tocaba el

*turno del alumbramiento y en ese descuido la mujer vio nacer a su hijo en esas condiciones*¹²³.

167. Lo anterior, da cuenta de la precaria situación que persiste para los miembros de comunidades indígenas, quienes ven obstaculizado el acceso a los servicios de salud por diversos motivos como la lejanía de los centros de salud, las malas condiciones en que estos se encuentran, la ausencia de personal médico de base, falta de intérpretes y traductores, y actitudes discriminatorias por parte de algunos profesionales de salud.

168. Esta Comisión Nacional hace énfasis en que para disminuir la mortalidad materna de las mujeres indígenas, es necesario incorporar una perspectiva intercultural conforme a la cual se protejan sus derechos, plantear políticas públicas con enfoque de derechos humanos, e identificar nuevos actores en la provisión de los servicios de salud materna, como son aquellos que tienen experiencia en la partería profesional¹²⁴.

f) Derecho a la integridad personal.

169. Como se indica en el artículo 5° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el derecho a la integridad personal, protege el derecho de todos los individuos a que se respete su integridad física, psíquica y moral, lo que implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

¹²³ Recomendación 111/2015, emitida por la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán, el 31 de julio de 2015.

¹²⁴ Una partera o partero profesional es una persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro y/o la certificación, establecidas por un órgano regulador autónomo integrado por parteras. La partera profesional debe ser capaz de proveer a las mujeres el acompañamiento, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto; atender los partos con sensibilidad, responsabilidad y autonomía, atender al recién nacido/a y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, el cuidado integral de la salud, la detección de las condiciones patológicas en la madre y el bebé, la atención primaria de la urgencia y la referencia oportuna. Fuente: Asociación Mexicana de Partería A.C. Enlace: <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/parteras/>

170. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en su artículo 4° expresa que *“toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos”*, como el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, entre otros.

171. La Corte Interamericana ha sostenido que, en el contexto de la atención médica las personas pueden experimentar angustia o ansiedad *“por la falta de atención médica o los problemas de accesibilidad a ciertos procedimientos en salud”*, por lo tanto, ha resuelto que 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”*¹²⁵.

172. Sobre el particular la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en el *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”*¹²⁶, estableció que la violencia obstétrica se da en las instituciones de salud y puede constituir malos tratos.

173. Los casos de violencia obstétrica, tienen como consecuencia la afectación al derecho a la integridad personal de las víctimas, tanto en su aspecto físico como psicológico.

174. En la Recomendación 19/2015, no obstante que la paciente había informado al médico acerca de sus contracciones e insistirle que no se sentía bien, el médico decidió enviar a su domicilio a la víctima, por lo que 15 a 20 minutos después de haber salido del nosocomio, dio a luz a su bebé en la vía pública, sin asistencia de personal médico, ni de enfermería y sin medidas de salubridad. El parto en estas

¹²⁵ Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261. Párrafo 132.

¹²⁶ Op. Cit. Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) *“Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”*, página 68.

circunstancias, derivó en una afección física, ya que le produjo un desgarro en la zona genital, por lo que fue necesario realizarle una sutura.

175. Asimismo, en la Recomendación 50/2015, el producto de la gestación se encontraba en posición podálica, ante tal complicación, el médico pasante de servicio social tuvo problemas, por lo que el producto de la gestación quedó “de cabeza en el canal vaginal por 25 minutos”, ocasionando que la agraviada sufriera un desgarro en canal vaginal resultado de las maniobras. El médico residente de ginecología que finalmente la atendió, asentó en su informe que al acudir a atender el parto, encontró a la víctima con episiotomía medio lateral extensa “*expulsivo prolongado de 25 minutos*”. Al respecto el médico adscrito a esta Comisión Nacional en su opinión, expuso que el parto vía vaginal en presentación podálica, debe ser atendido por alguien con experiencia suficiente para resolver complicaciones en el periodo expulsivo, no obstante, la ejecución de dicha labor se le encomendó al médico pasante.

176. De igual modo, en la Recomendación 51/2015, la realización de una episiotomía tuvo consecuencias en la salud de la agraviada. Dicha práctica fue efectuada por personal no capacitado, o no supervisado, lo que generó consecuencias en la salud en la paciente, siendo así que después de su alta, acudió al hospital manifestando dolor y ardor tanto al miccionar como al evacuar, debido a la presencia de episiorrafia (sutura de episiotomía) extremadamente profunda, razón por la cual se le ingresó al nosocomio.

177. Es indispensable que las instituciones de salud, adopten medidas que aseguren que su personal se conducirá con respeto a la integridad personal de las pacientes, evitando así, ocasionar un daño físico o psicológico a las víctimas.

g) Derecho a la vida.

178. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de su ciclo existencial, sin que éste se vea interrumpido por algún agente externo¹²⁷. Este derecho tiene un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

179. Este Organismo Constitucional ha reiterado que *“los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales –como el derecho a la vida¹²⁸-. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, el incumplimiento a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso.*

❖ *La interconexión entre los derechos de la mujer y el producto de la gestación.*

¹²⁷ Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 6.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto a que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

¹²⁸ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado reiteradamente que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. En razón del carácter fundamental del derecho a la vida, no son admisibles enfoques restrictivos del mismo. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párr. 124.

180. Este Organismo Nacional considera que existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro.

181. Al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

182. El artículo 24.2, inciso d) de la Convención sobre los Derechos del Niño recoge dicha interconexión al reconocer que una de las obligaciones que tienen los Estados para garantizar la plena aplicación del derecho a la protección de la salud consiste en *“asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada para las madres”*.

183. El Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15 *“sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”* reconoció que: *“entre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto”*¹²⁹.

184. Para reducir la mortalidad infantil el Comité de los Derechos del Niño recomienda *“fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar esas intervenciones a todos los niños en el contexto de un proceso ininterrumpido de atención en materia*

¹²⁹ Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013. Párrafo 18.

*de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, incluidas pruebas de detección de defectos congénitos, servicios de parto en condiciones seguras y atención del recién nacido*¹³⁰, fortaleciendo y reforzando aquellas acciones y estrategias que han permitido reducir paulatinamente y de manera sostenida este indicador, como ha quedado señalado en los antecedentes de la presente Recomendación General.

185. En 22 de las 28 Recomendaciones publicadas en los años 2015, 2016 y 2017, se evidenciaron prácticas constitutivas de violencia obstétrica como desestimar los padecimientos manifestados por la gestante, descuidar la vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, abandonar a la paciente, la medicalización y patologización de los procesos naturales; que derivaron en la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación.

186. En la Recomendación 20/2015, el personal médico hizo caso omiso de los malestares que refería la paciente con motivo de la labor de parto (*“cefalea, acúfenos y náuseas”*), inclusive la madre de la menor mencionó, que el doctor de guardia dejó a su hija sola, vomitando por el efecto de unas pastillas que le recetó, toda vez que había terminado su turno.

187. La víctima en la citada Recomendación, fue una menor de edad de 16 años, quien permaneció 1 hora con 40 minutos sin que fuera valorado el bienestar fetal, siendo que esta valoración debe registrarse de manera estrecha, además de que la paciente se encontraba en fase activa. Todo lo cual, repercutió en la vida de su bebé, quien falleció de asfixia por broncoaspiración de líquido amniótico. El experto en medicina de este Organismo Nacional señaló, que no se consideraron los síntomas que manifestó sentir la menor durante la valoración que se realizó ese día¹³¹; de ser así, el médico responsable hubiera diagnosticado un cuadro de

¹³⁰ *Ibíd.* Párrafo 18.

¹³¹ Recomendación 20/2015. “Sobre el caso de violencia obstétrica e inadecuada atención médica en agravio de V1 y la pérdida de la vida en agravio de V2, en el Hospital General de Tetecala “Dr. Rodolfo Becerril de la Paz”, dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Morelos”.

preeclampsia severa, a fin de indicar la interrupción del embarazo mediante cesárea urgente.

188. Así también se consideró, que el trato otorgado por parte de los prestadores de servicios de salud, no atendió a la condición de menor de edad de la víctima. En atención a ello, este Organismo Constitucional refirió, que, al brindarse atención médica a una menor, el personal debe conducirse con apego a los principios rectores como lo son, el interés superior de las niñas y los niños, la inclusión, la universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad de los derechos de niñas y niños; así como el acceso a una vida libre de violencia y la accesibilidad¹³².

189. De igual forma en la Recomendación 39/2015, el experto en medicina adscrito a esta Comisión Nacional, comprobó que los médicos responsables no valoraron el sangrado transvaginal referido por la afectada, situación que aunada a otras cuestiones, coadyuvó a su muerte.

190. En la Recomendación 25/2015, se constató el abandono de la paciente, toda vez que no fue valorada durante la noche¹³³, siendo atendida hasta las 9:30 a.m. del día siguiente, y posterior a ello pasó 6 horas sin recibir vigilancia estrecha. Ante estas circunstancias los médicos de esta Comisión Nacional señalaron que: “la posible muerte del producto dentro *del seno materno (óbito) era previsible*” si se hubiera atendido y diagnosticado a tiempo el embarazo de alto riesgo¹³⁴.

¹³² Mismo caso se dio en la Recomendación 44/2015, en la que este Organismo Autónomo se pronunció sobre la importancia de prestar los servicios de salud, atiendo la calidad de menor de la paciente.

¹³³ En el caso de la Recomendación 44/2015, se registró la ausencia de vigilancia y control materno-fetal e inadecuado tratamiento, al no haberse indicado los estudios necesarios para el control de los padecimientos que presentaba la gestante, quien tenía un embarazo de alto riesgo por tratarse de una mujer de 40 años de edad, diabetes gestacional e hipertensión, todo lo cual propició que el producto de la gestación presentara sufrimiento fetal, generándose su pérdida, ya que como se ha descrito, la protección de la salud de la madre, se encuentra vinculada al adecuado desarrollo del producto, hasta la conclusión del embarazo.

¹³⁴ En la Recomendación 51/2015, se reportó el abandono de paciente. De la narración de los hechos se observa, que la gestante fue ingresada a la sala de parto, donde permaneció aproximadamente desde las 16:00

191. Los hechos que dieron origen a la Recomendación 40/2015, configuraron violencia obstétrica en la forma de medicalización de los procedimientos naturales, toda vez que las autoridades responsables en lugar de remitir a la gestante a otro hospital para que fuera valorada por un gineco-obstetra por la carencia de este servicio en el hospital donde estaba siendo atendida, la mantuvieron por un lapso de 4 días con la aplicación de medicamentos útero inhibidor de parto pretérmino, con lo que se postergó de manera inadecuada la resolución del embarazo mediante cesárea urgente, que en opinión del médico de esta Comisión Nacional existían elementos para llevar a cabo este procedimiento quirúrgico antes, ya que su postergación originó el sufrimiento fetal de sus gemelos, y la muerte de uno de ellos.

192. La inadecuada atención que recibió la madre en la Recomendación 50/2015, produjo la pérdida de la vida del recién nacido, quien sufrió atrapamiento prolongado por 25 minutos en el canal vaginal, situación que le produjo *“sufrimiento fetal agudo, trauma obstétrico (fractura clavícula izquierda, elongación de ambos plexos braquiales) y asfixia perinatal... encefalopatía hipóxico-isquémica sarnat III”*.

193. Este Organismo Constitucional advirtió, que debido a la falta de personal médico especializado en el servicio de Ginecología y Obstetricia, no se otorgó a la paciente una atención oportuna y adecuada, propiciándole de manera innecesaria un sufrimiento tanto físico como emocional al sentir que el producto de la gestación estuviera por un tiempo prolongado sin ser expulsado de manera completa del canal vaginal.

194. En la Recomendación 52/2015, la omisión de ingresar a la paciente a tiempo produjo la pérdida de la vida del recién nacido, no obstante que la gestante había

hasta las 20:00 horas. En la opinión del médico, la ausencia de una vigilancia estrecha tuvo como consecuencia la pérdida de la vida del producto de la gestación.

Así también en la Recomendación 38/2016 se comprobó que durante las 15 horas que tardaron en practicar la cesárea a la paciente, el personal médico omitió realizar un monitoreo estrecho tanto de la madre como del producto de la gestación. La vigilancia estrecha era indispensable, dada la edad gestacional de la víctima (27 semanas).

acudido en 2 ocasiones al hospital por presentar dolores de parto y sangrado, los doctores no la ingresaron, e inclusive en la segunda cita, la quejosa indicó que uno de los médicos le mencionó que debía presentar “*más sangrado y mayores dolores para que ingresara*”.

195. En la opinión de un médico de este Organismo Constitucional, las autoridades responsables subestimaron los datos del líquido transvaginal y sangrado vaginal que presentó la paciente, además de omitir realizar el ultrasonido obstétrico e ingresarla para mantenerla bajo vigilancia. Asimismo refirió, que si la agraviada hubiese sido atendida, auscultada apropiadamente y hospitalizada el día que acudió a valoración a urgencias, se hubiera podido evitar la pérdida del producto de la gestación.

196. Este Organismo Nacional advierte, que una de las consecuencias más graves de la violencia obstétrica, es la que tiene como resultado la pérdida de la vida de la madre o del producto de la gestación; situación que en ocasiones puede ser evitada, de brindarse una atención oportuna. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) asegura que, estudios en la materia demuestran que a nivel mundial “*aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y a una atención sanitaria básica*”¹³⁵.

197. Tal como se ha asentado en las Recomendaciones referidas, esta Comisión Nacional insta a las entidades, a implementar todas las medidas posibles, para evitar que hechos como los anteriormente descritos ocurran.

¹³⁵ Op. Cit. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Estado mundial de la infancia 2009 Salud materna y neonatal”. Diciembre de 2008. Página 2.

C. Parto Respetado: Una forma de evitar la violencia hacia la mujer.

198. Esta Comisión Nacional advierte sobre la necesidad de transitar hacia un modelo de atención obstétrica con perspectiva de derechos humanos y de género, basado en los estándares y en las necesidades de las mujeres y sus hijos.

199. En el parto humanizado o respetado, la mujer embarazada puede, siempre y cuando su salud lo permita: *“decidir el lugar del nacimiento en caso de ser un parto normal, sin complicaciones. Actualmente [tiene] la posibilidad de recibir atención de calidad en: [su] hogar, clínicas y hospitales (...); aceptar o no el uso de analgésicos o anestésicos; contar o no con un/a acompañante en todo momento y/o una partera; tener libre movimiento durante [su] trabajo de parto; elegir la postura durante el periodo expulsivo; definir el destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes para [ella]...”*¹³⁶.

❖ Parto Intercultural.

200. Así también, es importante la implementación y respeto del parto intercultural. En el Conversatorio “Los Derechos Humanos del Pueblo Maya, sus problemáticas y propuestas de solución”, organizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, el 20 de enero de 2016, los participantes dieron testimonio acerca de la problemática que les aqueja en materia de salud. Las parteras y parteros tradicionales¹³⁷, expresaron su sentir respecto de la reacción que en algunos casos presenta el personal de salud ante su intervención durante el parto.

201. Específicamente, una partera tradicional expuso la discriminación y humillación de que son víctimas en el *“Seguro Social y en el Centro de salud”*

¹³⁶ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). Cartilla atención humanizada al parto. Consultable en: http://www.dif.df.gob.mx/dif/_pdf/cartillaPartoHumanizado.pdf

¹³⁷ Una partera tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF “Parteras tradicionales”, Ginebra, Suiza, 1993. Página 5.

cuando acuden con “sus parturientas”, y relató que: *“cuando llegamos a la puerta del hospital, sólo dejan pasar a la mujer y a nosotras nos dicen usted no pasa, sólo la señora, entonces nos sentimos mal, nos discriminan como parteras (...) a veces los doctores no pueden hacer un parto normal cuando el bebé viene sentado, o atravesado o de pie, sólo dicen a la mujer, te vamos a preparar para cesárea; por el contrario, nosotras las parteras estamos capacitadas para acomodar al bebe, girar al bebé y que nazca de parto natural sin cortar, sin picar a la señora para que pueda salir el bebé”*¹³⁸.

202. Funcionarios de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), han manifestado que las parteras y parteros al igual que las mujeres indígenas embarazadas son objeto de *“maltrato cultural y social en salud reproductiva”, “dados los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea”*¹³⁹.

203. Además de las cuestiones fisiológicas, las parteras y parteros tradicionales atienden las necesidades culturales y espirituales¹⁴⁰ de la mujer embarazada. La situación de discriminación y negativa de acceso a las instalaciones de los centros de salud de las parteras, repercute en las mujeres gestantes, quienes tienen derecho a un parto humanizado e intercultural.

204. El reconocimiento de personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, previsto en los artículos 102 y 103 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, posibilita a las parteras y parteros tradicionales a prestar servicios de obstetricia, una vez obtenida la autorización correspondiente.

¹³⁸ Testimonio de Rafaela Cam Ake, partera tradicional, Comisaría de Chunbec, municipio Sudzal, Yucatán. Conversatorio, organizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, sobre *“Los Derechos Humanos del Pueblo Maya, sus problemáticas y propuestas de solución”*. Valladolid, 20 de enero de 2016.

¹³⁹ Op. Cit. Almaguer González, página 9.

¹⁴⁰ Op. Cit. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF “Parteras tradicionales”, página 18.

205. Para este Organismo Nacional, es indispensable que las mujeres indígenas que han sido tratadas durante el embarazo por una partera o partero, se les permita que se les acompañe, ya que en ocasiones no entienden el español o bien entendiéndolo, no les son claros algunos términos. Es importante que puedan coadyuvar con los médicos gineco-obstetras, sobre todo en aquellos estados con población indígena, lo anterior de conformidad con lo previsto por los artículos 6°, fracción VI Bis y 64, fracción IV de la Ley General de Salud, los cuales establecen que el Sistema Nacional de Salud tiene dentro de sus objetivos: *“promover el conocimiento, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y llevar a cabo acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras y parteros tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio”*.

❖ ***“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud***

206. La Secretaría de Salud en el documento *“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro”*, propone un modelo que fue concebido y puesto en marcha en la DGPLADES, donde opera desde 2008, un Programa de Interculturalidad en Salud,¹⁴¹ el cual se basa en la aceptación del modelo tradicional de atención del parto, que parte del reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a utilizar su medicina tradicional.

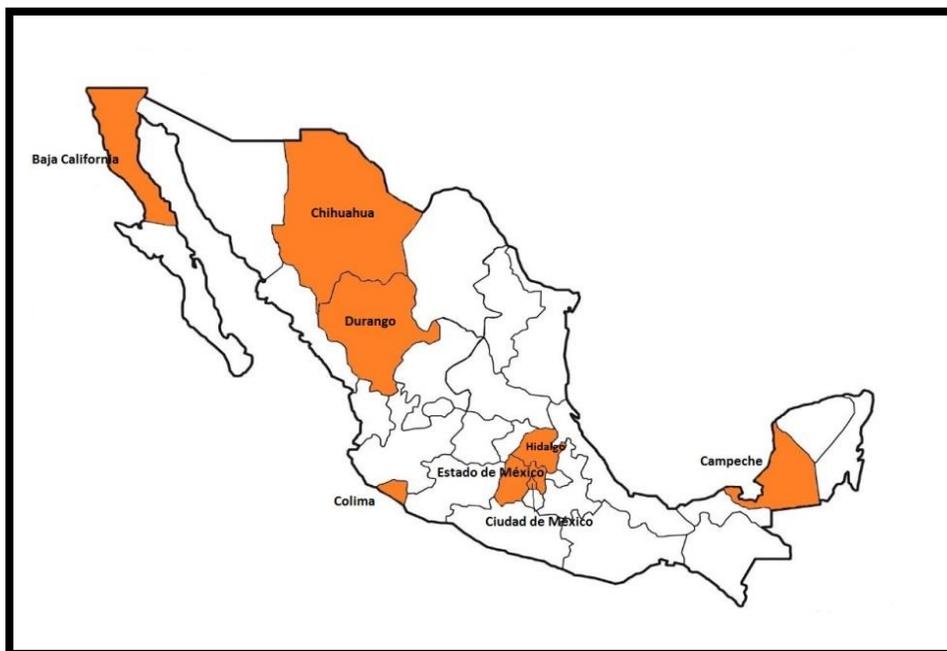
207. Sobre el particular el 19 de septiembre de 2008, el entonces Secretario de Salud manifestó que: *“se ha identificado que el parto vertical, en condiciones de*

¹⁴¹ El programa y las estrategias de salud intercultural se sustentan en el marco legal mexicano y el reconocimiento de los derechos: sexuales y reproductivos; de las mujeres; de la infancia y la adolescencia; y de los Pueblos indígenas.

seguridad y de respeto a los derechos reproductivos, tiene ventajas y pertinencia cultural, por lo que se difunden sus beneficios en la atención obstétrica”¹⁴².

208. La finalidad del enfoque intercultural, seguro y humanizado o respetuoso de los derechos humanos, es la de incorporar actitudes de respeto con la mujer, el recién nacido y su familia, eliminando barreras culturales, promoviendo el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto y el apego piel a piel inmediato al nacimiento, procurando la comodidad y disminuir la medicalización del parto en la medida de lo posible, además de ofrecer la atención con diferente personal como enfermeras obstetras y parteras tradicionales.

Estados de la República en los que se ha implementado el “*Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado Intercultural y Seguro*”



¹⁴² Información extraída de la presentación: “Modelo de atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, con perspectiva de género”. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

Estado	Hospital
<i>Baja California</i>	Hospital “Vicente Guerrero”
<i>Campeche</i>	Hospital Escárcega
<i>Colima</i>	Hospital General
<i>Chihuahua</i>	Hospital General de Parral, Hospital Guadalupe y Calvo, y Hospital Guachochi.
<i>Durango</i>	Hospital integral de la Guajolota*.
<i>Ciudad de México</i>	Hospital del Ajusco Medio y Hospital Nacional de la Mujer.
<i>Estado de México</i>	H. COFAS de Temascalcingo y Hospital de Jilotepec.
<i>Hidalgo</i>	H. General de Tula*, Hospital Regional Otomi Tepehua y Hospital Obstétrico de Pachuca.

209. Con la finalidad de conocer y comprender la forma en que este modelo opera, médicos y Visitadores Adjuntos de esta Comisión Nacional llevaron a cabo un trabajo de campo los días 28 y 29 de abril de 2016, en las instalaciones del Hospital General de Tula, Hidalgo; sitio en el que fueron atendidos por los médicos encargados de implementar esta forma de atención al parto.

210. Durante la visita los funcionarios de este Organismo Autónomo, asistieron a un curso sobre parto humanizado y “antiviolenencia”, impartido por el Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez (Ginecólogo), en el que se habló sobre la “deshumanización en el desempeño médico” y se destacó la necesidad de un

cambio de paradigma en la práctica médica, el cual debe darse desde la forma en que se trata al estudiante en las escuelas y facultades de medicina.

211. También se expuso el método de la atención psicoprofiláctica perinatal, el cual es *“una herramienta que recupera los mecanismos fisiológicos del parto, así como los elementos de carácter psico emocional cultural, para brindar una atención de alta calidad técnica y humana, que posibilita un parto eficaz, digno, gozoso y pocas molestias”*¹⁴³. En el curso se explicó que el parto humanizado es una labor que involucra la medicina científica, la tradicional y la perspectiva de género.

212. En opinión de los expertos en medicina de este Organismo Constitucional, este modelo de atención a la mujer embarazada es multidisciplinario, ya que engloba al personal médico (Gineco-Obstetra y enfermera), psicólogos, parteras de las diferentes comunidades, terapeutas físicas, entre otros, con el objetivo de brindar a la paciente una atención humanizada, para que el trabajo de parto no sea una cuestión de dolor y sufrimiento, sino de un momento tranquilo y de bienestar tanto para la madre como para su pareja, toda vez que con este tipo de parto se involucra de manera directa a las parejas, lo que antes no sucedía.

213. En esta técnica, la gestante recibe acompañamiento psicoemocional de una persona que además de brindar apoyo afectivo, *“identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión) y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola de forma inmediata al personal médico especializado. Puede ser brindado por personal de*

¹⁴³ Información extraída de la presentación: *“Atención psicoprofiláctica perinatal»*”, realizada por la LEO. Obdulia Alcántara de Jesús, durante el curso sobre parto humanizado que tuvo lugar los días 28 y 29 de abril de 2016 en el Hospital General de Tula, Hidalgo.

salud (en formación, “doulas” y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares”.¹⁴⁴

D. Conclusiones de esta Comisión Nacional.

214. Del análisis de las 28 Recomendaciones publicadas por este Organismo Nacional durante el periodo 2015, 2016 y 2017, es posible formular las siguientes conclusiones:

215. Se observaron casos en los que se incumplió con la normatividad sobre el expediente clínico. La inobservancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, es una circunstancia que puede llegar a afectar a la víctima de violencia obstétrica porque le impide conocer la verdad del estado clínico o verificar la atención otorgada. Este Organismo Constitucional ha determinado en diversas recomendaciones que las omisiones en la integración del expediente, afectaron de manera directa al estado materno-fetal, toda vez que en ocasiones se trataba de embarazos de alto riesgo, respecto de los cuales no se puede saber si fueron atendidos de manera adecuada.

216. Existen algunos hospitales que no cuentan con recursos humanos y materiales necesarios para que el personal de salud efectúe su trabajo. Para esta Comisión Nacional, la falta de estos recursos técnicos y humanos en algunos hospitales constituye un obstáculo para la adecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, con lo cual el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población los medios necesarios para

¹⁴⁴ “El acompañamiento psicoemocional personalizado y brindado por una persona durante todo el trabajo de parto, quien proporciona apoyo afectivo, identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión) y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola de forma inmediata al personal médico especializado. Puede ser brindado por personal de salud (en formación, “doulas” y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares”. Revista Género y Salud en Cifras. Volumen 13, Núm. 3 Septiembre-diciembre 2015.

que pueda ejercer su derecho a la salud, lo que implica la existencia de responsabilidad institucional.

217. En las Recomendaciones analizadas en la presente, se constató la ausencia de una atención gineco-obstétrica oportuna, esto debido a la escasez de médicos de base en turno para atender las emergencias o cubrir guardias, o suplir al personal; todo lo cual constituyó también responsabilidad institucional. Por lo anterior, este Organismo Constitucional exhorta a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, para que realicen los esfuerzos necesarios con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud de conformidad con lo previsto en los estándares nacionales e internacionales en la materia, procurando que la atención médica sea otorgada por profesionales de la salud y para el caso de intervención de médicos residentes, pasantes o prestadores de servicio social, deberán estar supervisados por un superior.

218. Este Organismo Autónomo nota con preocupación que, en ocasiones, la falta de anesthesiólogos y enfermeros, así como de personal médico de base (obstetras), provoca que algunos tengan que doblar turno, lo que puede ocasionar el cansancio del personal, que puede impactar en la atención médica. Del mismo modo, da lugar a que médicos residentes, efectúen sus labores sin la supervisión de un superior. En algunas Recomendaciones, la atención obstétrica fue brindada por médicos en proceso de formación, situación que favoreció los actos constitutivos de violencia obstétrica; trasgrediendo lo previsto por la OMS y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en cuanto a que la disponibilidad implica que en los centros de salud no puede faltar personal médico y capacitado.

219. Ante tales obstáculos, este Organismo Constitucional considera que las instituciones a las cuales se dirige la presente Recomendación, en uso del máximo de sus recursos disponibles, empleen herramientas tecnológicas que favorezcan la comunicación entre especialistas y los prestadores de servicios de salud que laboran en los hospitales, clínicas y centros médicos localizados en zonas rurales o

de difícil acceso; con la finalidad de facilitar el intercambio de opiniones e ideas, en beneficio de la atención obstétrica de las mujeres embarazadas¹⁴⁵.

220. Para la Comisión Nacional es indispensable que las citadas instituciones de salud, realicen un diagnóstico o análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que se requieren para satisfacer las demandas obstétricas de la población objetivo, con calidad y calidez. El referido diagnóstico se podrá hacer del conocimiento de las autoridades legislativas para que doten de los recursos necesarios para solucionar las limitantes que enfrenta el sector salud.

221. En síntesis, el análisis realizado a los diversos casos, permite llegar a la conclusión sobre los derechos humanos y las prácticas que frecuentemente los transgreden, señalando de manera enunciativa más no limitativa los siguientes:

Derecho humano que afecta	Conductas y prácticas que constituyen violencia obstétrica
<i>Derecho a una vida libre de violencia</i>	La agresión verbal, la degradación, crueldad y maltrato, son prácticas que deshumanizan y constituyen una forma de trato cruel e inhumano, además de ser reflejo de los prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer; las actitudes groseras y despectivas por parte de los servidores públicos, son cometidos de manera cotidiana en el marco de la práctica gineco-obstetra, siendo las más frecuentes las críticas a la mujer por llorar o gritar durante el parto; impedirle hacer preguntas o manifestar sus miedos e inquietudes; burlarse, hacer comentarios irónicos y descalificarla; negarle la anestesia cuando está indicada y obstaculizar el apego precoz en ausencia de indicación médica.

145 Al respecto, existen Estados en los que se han implementado programas para promover la “telemedicina” o “telesalud”, a fin de favorecer el acceso a la atención médica, siendo estos: Nuevo León, Sonora, Guerrero y Oaxaca. Fuente: Secretaría de Salud (SS). Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). “Colección Telesalud: 4 Experiencias de Telemedicina en México”. Ciudad de México, 2013.

<p><i>Derecho a la protección de la salud</i></p>	<p>Subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base, la mala infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación.</p>
<p><i>Derecho a la información y al libre consentimiento informado</i></p>	<p>Brindar información incompleta o sesgada sobre el estado de salud del paciente, no hacer de conocimiento de su estado de gravedad, o dándose el caso, el motivo de su deceso; realizar prácticas sin consultar previamente a la paciente, explicando en forma detallada el procedimiento a efectuar; no dar la información necesaria sobre los riesgos de salud.</p>
<p><i>Derecho a la libertad y autonomía reproductiva</i></p>	<p>No respetar la forma en que la gestante decide dar a luz, los procesos naturales del parto, acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina, o realizar ruptura de membranas de manera artificial cuando no es necesario; del mismo modo se afecta el derecho a decidir libremente el método de planificación familiar y el número de hijos y espaciamiento entre ellos cuando se impone un método anticonceptivo distinto al elegido por la gestante, sin tener en cuenta el consentimiento de la interesada.</p>
<p><i>Derecho a la igualdad y no discriminación</i></p>	<p>Prácticas discriminatorias en contra de las mujeres por su origen y condición social, cuando el personal médico del nosocomio omite considerar las circunstancias particulares de la gestante, falta de intérpretes y traductores, ausencia de perspectiva intercultural.</p>
<p><i>Derecho a la integridad personal</i></p>	<p>Aplicación de episiotomías innecesarias, cesáreas que no están médicamente indicadas y la salpingoclasia (procedimiento quirúrgico para inhibir el embarazo), entre otros; prácticas que son invasivas y pueden causar un daño físico, siempre que en las mismas no medie solicitud expresa de la paciente y sean médicamente viables.</p>

Derecho a la vida	Acciones u omisiones que tienen como consecuencia la pérdida de la vida de la mujer o del producto de la gestación, tales como: desestimar los padecimientos manifestados por la gestante, descuidar la vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, abandonar a la paciente, la medicalización y patologización de los procesos naturales.
--------------------------	--

222. La finalidad de visibilizar el trato que en ocasiones reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, no es con el objeto de criminalizar ni estigmatizar la labor médica, el objeto de la presente Recomendación General, es contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica, ya que *“para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en el trabajo de parto, de salud y de los derechos reproductivos”*¹⁴⁶.

223. Este Organismo Nacional reconoce el esfuerzo de las instituciones de salud y del personal que atiende a las mujeres embarazadas, y tiene en cuenta el profesionalismo que demuestran en la mayoría de los casos, así como el volumen de servicios que prestan; sin embargo, es necesario hacer un análisis y algunas reflexiones, después de los casos que se han presentado en esta Comisión Nacional y en las Comisiones, Procuradurías y Defensorías Estatales, con la finalidad de contribuir, para que se asuman y adopten políticas públicas que garanticen el derecho a la salud durante la etapa reproductiva de las mujeres.

Por lo antes expuesto, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, a ustedes señora y señores Secretarios de Salud, de la Defensa

¹⁴⁶ Castro, Roberto. Erviti, Joaquina. *“25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”*. En Revista CONAMED, vol. 19, núm 1, enero-marzo 2014, ISSN 1405-6704. págs. 37-42

Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las Entidades Federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de Petróleos Mexicanos, las siguientes:

IV. RECOMENDACIONES GENERALES.

PRIMERA. Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

SEGUNDA. Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco obstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.

TERCERA. Que se implemente el *“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”* de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

CUARTA. Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

QUINTA. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes medidas: Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

SEXTA. Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre

otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General.

224. La presente Recomendación es de carácter general, de acuerdo con lo previsto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 140, de su Reglamento Interno, fue aprobada por el Consejo Consultivo de esta Comisión Nacional en su sesión ordinaria 358 de fecha 10 de julio de 2017; tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de que se promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones normativas y prácticas administrativas que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos.

225. Con base en el mismo fundamento jurídico se informa a ustedes que las Recomendaciones Generales no requieren de aceptación por parte de las instancias destinatarias.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ