



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO
FACULTAD DE DERECHO**



“VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA EN EL ESTADO DE MÉXICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN DERECHO

PRESENTA:

MAYRA ALINE LOPEZ PALACIOS

TUTOR:

DR. EN D. GUSTAVO AGUILERA IZAGUIRRE

REVISORES:

DR. EN D. RAFAEL SANTACRUZ LIMA

DR. EN D. RAUL HORACIO ARENAS VALDES

Toluca, México, febrero de 2023.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
DESARROLLO	9
CAPÍTULO 1. DELIMITACIONES CONCEPTUALES Y GENERALIDADES	9
1.1. Definición de violencia obstétrica	9
1.1.1. Detrimiento de los derechos fundamentales de la mujer a causa de la violencia obstétrica	14
1.2. Conceptos indispensables	16
1.2.1. Dignidad	16
1.2.2. Poder obstétrico	19
1.2.3. Morbilidad materna severa y su relación con la violencia obstétrica	21
1.2.4. Violencia de género	22
1.2.5. Violencia institucional	24
1.3. Situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica	25
1.3.1. Cesáreas injustificadas y sus consecuencias	26
1.3.2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud	27
1.3.3. Formas de cuidado que la Organización Mundial de la Salud establece deberían ser olvidadas	40
1.4. Causas y consecuencias de la violencia obstétrica	44
1.4.1. Causas imperantes de la violencia obstétrica	44
1.4.1.1. La jerarquización del personal en instituciones de salud y el conocimiento que tienen acerca de la violencia obstétrica	47
1.4.1.2. Justificaciones por parte del personal de la salud	49
1.4.2. Consecuencias de la violencia obstétrica	51
1.4.2.1. Consecuencias en el personal de salud	53
CAPÍTULO 2. ESTADÍSTICAS Y MEDIOS DE DEFENSA	55
2.1. Violencia obstétrica en el Estado de México de acuerdo con la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares	56
2.1.1. Situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto	58
2.1.2. Lugar donde atendieron el parto y donde ocurrió el maltrato	61
2.2. Quejas o denuncias existentes	62

2.2.1. El rol de las redes sociales en la visibilización de la violencia obstétrica	64
2.3. Legislación nacional	67
2.3.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	68
2.3.2. Código Penal del Estado de México	70
2.3.3. Ley General de Salud	71
2.3.4. NOM-007-SSA2-2016	75
2.3.5. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México	78
2.3.6. Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro	79
2.4. Legislación internacional	82
CAPÍTULO 3. EL CAMINO HACIA LA DESNATURALIZACIÓN Y VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	85
3.1. El papel de la mujer como agente activo y protagonista	87
3.1.1. Conocimiento de las víctimas y la mujer en general acerca de la violencia obstétrica	88
3.1.2. La importancia del interés de la mujer por conocer las implicaciones de la violencia obstétrica	89
3.2. El acompañamiento a la mujer en trabajo de parto	91
3.2.1. Repercusiones ante la ausencia de acompañamiento	93
3.3. Asociaciones civiles, parteras indígenas y la BSR de la OMS	94
CONCLUSIONES	98
FUENTES DE INFORMACIÓN	99

INTRODUCCIÓN

Hoy más que nunca las nuevas generaciones están impregnadas de valentía, para cuestionar y reestructurar todo aquello que por muchos años se ha tolerado y normalizado. La violencia en México es tema común de conversación a donde quiera que vallamos, el activismo en pro del respeto a los derechos de la mujer y a en pro de su no violentación cada día resuenan con mayor fuerza; sin embargo, resuenan más aquellas violencias ejercidas contra la mujer que arrojan estadísticas alarmantes y, en el caso de la violencia obstétrica, existen realmente pocos datos duros que la hagan visible. La constancia con la que por años se han normalizado conductas u omisiones que hoy día constituyen violencia obstétrica, ha generado una sociedad que incluso acepta este tipo de violencia al no ser conscientes de que lo es, pues factores diversos tales como el nivel socioeconómico, la escolaridad o la edad de las mujeres se suman a sus circunstancias para colocarlas en una situación de vulnerabilidad y desventaja mayor a la que en si ya tienen por ser mujeres y aún más, mujeres en etapa de embarazo, parto o puerperio.

Además, bien es cierto que a esas desventajas se suman también la percepción que muchos mexicanos tenemos acerca de la justicia en México en la cual la impunidad se hace notar cotidianamente; es así como la lucha por visibilizar este tipo penal debe darse desde diversos ámbitos, educativamente instruyendo a los ciudadanos desde temprana edad en temas de derechos humanos y educación sexual, laboralmente e institucionalmente, resaltando en todo momento la necesidad de denunciar y nombrar a estas malas prácticas como lo que son, violencia obstétrica, pues estadísticamente existen pocos datos que den cuenta real de las cifras de víctimas de este delito a causa de que la misma se ha naturalizado y forma parte del día con día.

No obstante, México es un país con carencias que hallan su origen en el machismo aceptado y el androcentrismo, motivos que fortalecen el problema al estar presentes en la violencia obstétrica, al estar posicionada la mujer como un objeto o parte secundaria de todo programa gubernamental, de toda decisión (aun cuando le pertenezca), de toda planeación e inclusive, parte secundaria de su embarazo, parto o puerperio. Las mujeres objeto de esta violencia pueden ante esto incluso llegar a cuestionarse si es su culpa lo

que a raíz de este delito les suceda, pues es tal y tanta la violencia psicológica ejercida en ellas que temen tomar “malas decisiones”, pese a que ello no debiese suceder, pues es su derecho ser informadas adecuadamente sobre cualquier procedimiento a ejecutar en su corporeidad.

México es un Estado en el que este tipo de violencia es penada, pero poco denunciada, las normas en torno a la protección del derecho a la salud establecen claramente aquello que no se debería hacer y aquello que si se debería practicar, esperando lograr así partos humanizados que dignifiquen a la mujer y la hagan parte actora en su proceso de embarazo, parto y puerperio, pues no solo existen a nivel nacional, sino también a nivel internacional. Todo esto nos contextualiza acerca de la magnitud de este problema, razón por la cual analizaremos causas, consecuencias, legislaciones y estadísticas en relación al tópico de violencia obstétrica, para del mismo modo, volvernos parte de la lucha en pro de la visibilización de este tipo penal.

No olvido ni paso por alto que soy mujer y ciudadana mexicana, así pues reconozco que este gran paso que falta por dar para visibilizar la violencia obstétrica nos compete también individualmente, es así como te invito a compartir desde tu lugar la información que tengas a la mano de manera responsable, sin transgiversarla, procurando en todo momento adaptarte a la realidad de cada persona, pues debes reconocer que todos somos seres con diversas formas de aprender, pero ansiosos de siempre saber más, para así procurar en la mayor cantidad de ámbitos posibles auto cuidarnos y respetarnos. Pero más importante aún, te invito a recibir la información desde una mente tolerante y capaz de aceptar las realidades de las mujeres embarazadas, en proceso de parto o postparto, reconociéndolas como lo que son, personas que merecen recibir un trato digno en todo momento y que merecen reapropiarse de si mismas para auto reconocerse como mujeres dueñas de sus decisiones y de sus procesos fisiológicos.

DESARROLLO

CAPÍTULO 1. DELIMITACIONES CONCEPTUALES Y GENERALIDADES

1.1. Definición de violencia obstétrica

La definición de violencia obstétrica se creó en Venezuela en el año 2007, apareciendo como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres¹”, definición que de entrada contempla a la mujer como un ser con libertad de decisión pero que es víctima de abusos relacionados con el ejercicio de poder sobre ella mediante el abuso, trayendo consigo alteraciones en su cuerpo y en su vida futura; algo que he de destacar de este concepto inicial es que de algún modo se vuelve limitativo y ambiguo, dejando al criterio personal la magnitud del problema y los ámbitos en los que se puede suscitar, pues se minimiza de cierto modo el problema, dejando cabida a lagunas que podrían fungir como defensa o justificación al problema, sin embargo que de entrada haya aparecido ya este concepto se forjó un paso indispensable para que esta violencia comenzara a visibilizarse.

En México, nuestra legislación penal contempla a la violencia obstétrica, refiriéndose a ella de una forma más detallada, pues nuestro Código Penal vigente desde el año 2000, la tipifica como una vulneración que se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos por medio de tratos crueles,

¹ GUZMAN AGUILAR, FERNANDO, “Padecen mujeres violencia obstétrica en México Maltrato y “atención no autorizada” en instituciones de salud públicas y privadas”, GACETA UNAM, Órgano Informativo de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2020, p. 1, <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>, consultada 17 de marzo de 2021.

inhumanos o degradantes², de esta manera ya no se alude a que la misma solo será cometida en tanto pre exista una consecuencia en la mujer, si no también cuando haya una vulneración a su esfera de derechos que le denigre aun cuando no la dañe, con esto hablamos de que a nivel legislativo se ha realizado un trabajo relevante que contribuye al correcto entendimiento de las implicaciones de este tipo penal, sin embargo aun cuando aparentemente el tipo penal esta completo, se pierde en sus fracciones la oportunidad directa de castigar acciones consistentes por ejemplo en realizar comentarios denigrantes hacia la mujer, pues quizá se podrían pensar inofensivos, pero el morbo que trastoca a la mujer podría incidir gravemente en ella par que decida tener o no más hijos o ejercer su sexualidad de manera libre e informada pues a través de este tipo de comentarios mayormente machistas se le sigue posicionando a la víctima como alguien que debe callar.

Además al aprobarse la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres/ Ley de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia del Estado de México en el año 2008, este concepto fue revelándose aún más³, instituyéndose en la misma como aquella violencia que se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, se configura violencia obstétrica cuando se niegue a la mujer el acceso a tratamientos en caso de infertilidad o el uso de métodos anticonceptivos⁴, enunciando aquellas acciones u omisiones que se consideraran como tal, estableciendo específicamente que las mismas son enunciativas

² CÁMARA DE DIPUTADOS, “CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO”, en Periódico Oficial Gaceta del Gobierno y LEGISTEL, México, 2000, p. 93, <https://legislacion.edomex.gob.mx/node/926>, consultada 28 de septiembre de 2022.

³ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, “VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MORBILIDAD MATERNA: SUCESOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO” en Revista de El Colegio de San Luis, vol.8, núm.16, UAEM, México, 2018, p. 106, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426259450006>, consultada 17 de marzo de 2021.

⁴ CÁMARA DE DIPUTADOS, “LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE MÉXICO”, México, 2022, p. 11, <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf>, consultada 30 de septiembre de 2022.

más no limitativas, destacando así que aun cuando por ejemplo no se contempla la necesidad de que las acciones u omisiones tengan respaldo médico justificado o consideren la decisión libre e informada de la mujer, dan cabida a que se tome en cuenta, dando a notar que esta Ley es una legislación de las pocas que pudiesen estar completas, pues no minimiza a ciertas acciones las implicaciones de la violencia obstétrica además de que contempla también como violencia obstétrica a los comentarios denigrantes que buscan callar a la mujer.

Además de lo anterior, este tema no ha pasado ya tan desapercibido en la actualidad, por lo que diversos organismos e instituciones tanto nacionales como internacionales lo han abordado, para en conjunto lograr abarcar deficiencias que por sí solos aún tienen, por ello, en el mismo tópico, tenemos que la violencia en la atención obstétrica es, de acuerdo al Instituto Nacional de las Mujeres, toda acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio. Este tipo de violencia se manifiesta cuando las mujeres experimentan regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, reclamos, discriminación, humillación, manipulación, negación al tratamiento, falta de acceso al sistema de salud, así como atención deficiente en el sistema⁵; aquí podemos notar cómo se van clarificando más, aspectos relativos a este tipo de violencia, especificando así qué personal incurre como sujeto activo en el delito y contemplando también que esta violencia no solo implica acciones, si no también aquello que sin fundamento alguno se evade, además también se es más específico en relación a las etapas en las cuales la mujer puede ser víctima de esta violencia.

Por su parte la Comisión Nacional de los Derechos Humanos la define 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

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, "Desigualdad en cifras", BOLETÍN ESTADÍSTICO La violencia en la atención obstétrica, año 5, núm. 4, México, 2019, p. 1, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf, consultada 17 de marzo de 2021.

medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros⁶; en este último concepto si bien se está ya especificando en qué momento se comete, de parte de quien, en que etapas y además se está contemplando a la persona recién nacida o producto de la gestación, hay algo que no está del todo bien redactado, y ello es la parte en la que se menciona “que le genere una afectación física, psicológica o moral”, porque si bien la mayoría de las mujeres víctimas de este delito lo resienten y genera en ellas consecuencias de algún tipo, no deberíamos dejar pasar el hecho de que la violencia obstétrica se da en tanto se halla realizado o no alguna de las conductas u omisiones relativas a la misma pues el momento de la consumación del delito se da en cuanto se cometió sin existir la necesidad de que el mismo genere consecuencias evidentes en la pasivo, por ello es que este concepto se vuelve un tanto favorecedor a para la parte responsable, favoreciendo la replicación de tratos deshumanizantes reflejados en gritos y humillaciones hacia las usuarias del servicio de obstetricia quienes podrían ser víctimas de esta violencia, pero quizá ser lo suficientemente fuertes psicológicamente para no verse afectadas, sin embargo, la conducta antijurídica ya está efectuada y debe ser castigada.

En este sentido, después de analizar las diversas conceptualizaciones abarcadas, podemos de ello perfeccionar algunos grandes detalles, primero que nada, podemos hacer varias derivaciones propias de cada definición que servirán como eje guía para determinar la amplitud y sentido que pretende dar a conocer este problema. Para ello, podemos responder a las siguientes preguntas: ¿En qué consiste? ¿Cuáles podrían ser acciones u omisiones constitutivas de este delito?, ¿quién es sujeto activo del delito?, ¿Quién es sujeto pasivo del delito?, ¿el tipo penal es limitativo? y ¿en qué momento se da?; desglosaremos nuestro concepto en puntos para poder facilitar la comprensión de este, como sigue a continuación:

1. La violencia obstétrica consiste en acciones u omisiones que vulneran los derechos de la mujer y la denigran, se dan sin obtener el consentimiento voluntario,

⁶ COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, en RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017, México, 2017, p. 37, https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral_031.pdf, consultada 10 de octubre de 2022.

expreso e informado de la mujer o sin ser necesarias o recomendadas y/o no cuentan con causa médica justificada.

2. Las acciones pueden consistir en alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, a través del uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; no obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; acosar o presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad; sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, a través de la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.
3. Las omisiones pueden consistir en no atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas y en no informar a la mujer sobre las causas y consecuencias, así como las opciones con las que cuenta para solucionar alguna complicación.
4. El sujeto activo de la violencia obstétrica es el personal interviniente en el embarazo, parto o puerperio.
5. El sujeto pasivo del delito es la mujer que se halle dentro de las etapas que comprenden el embarazo, parto o puerperio.
6. El tipo penal de violencia obstétrica, así como las acciones u omisiones propias del mismo no son limitativas.
7. La violencia obstétrica se da en cualquier etapa del embarazo, parto o puerperio.

Así es como logramos con estas piezas la articulación de un concepto más extenso, pero propio para el tema que nos concierne, pues minimizarlo, nos lleva a dejar de lado malas prácticas que también son violencia obstétrica, por lo que entonces, de aquí en adelante, tomaremos esto como referente cuando hablemos acerca de este tipo de violencia, quedando el mismo de la siguiente manera:

Violencia obstétrica es la consistente en aquellas acciones u omisiones cometidas por el personal interviniente sobre la psique o corporeidad de la mujer que se halle en el embarazo, parto o puerperio que vulneran sus derechos, la denigran y/o se dan sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, sin ser necesarias, recomendadas, o sin contar con causa médica justificada.

Las acciones y o misiones constitutivas de violencia obstétrica serán las enunciadas con antelación, más aquellas que pudieran entrar en la descripción apenas evocada.

1.1.1. Detrimiento de los derechos fundamentales de la mujer a causa de la violencia obstétrica

Los derechos humanos como es bien sabido nos dignifican y son inherentes a cada uno de nosotros por el simple hecho de ser seres humanos, además, son interdependientes, es decir, se encuentran vinculados y requieren de su respeto y protección recíproca⁷, por ello es que ejercer violencia obstétrica trae consigo el detrimento de no solo uno de los derechos de la mujer, sino que, como cadenita, al afectar uno, se atenta contra otros tantos, hallándose entre ellos el derecho a la libertad sexual, el derecho a la información, el derecho a ser respetado y tratado con dignidad o el derecho a recibir atención médica de calidad; estos derechos inmiscuyen aspectos relevantes en el trato que debería recibir cualquier persona, sin embargo como lo iremos analizando, las instituciones de salud públicas suelen no respetar ninguno de ellos, ni siquiera aquel que resulta esencial al ir de la mano de aquello que fundamenta los DDHH, la dignidad humana.

Por ello, hablamos también de que este tipo de violencia atenta contra la salud reproductiva al incluirse en ella el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos

⁷ COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, “Aspectos básicos de derechos humanos”, en Revista Aspectos básicos de derechos humanos, tercera edición, Julio 2018, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 2018, p. 6, consultada 13 de junio de 2022.

sanos⁸ y aunque es evidente que el sistema de salud pública en México es deficiente en general, aunado a ello, la mujer es tratada como una simple máquina de la cual lo único que interesa es que “produzca” sin dilaciones, se halle en el entorno que se halle y con las condiciones que le faciliten más el trabajo al personal interviniente, con lo cual si bien se pretende “eficientar” el proceso, estas acciones u omisiones terminan dejando secuelas graves en la psicología y fisiología de la mujer, quien no disfruta el proceso que la lleva a ser madre y por el contrario la estigmatiza creando miedos innecesarios en su ser.

Actualmente debería reducirse drásticamente la violencia obstétrica pues se supone el gobierno del Estado tiene la obligación, a través de la Secretaría de Salud, de desarrollar programas que fomenten la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio o en emergencias obstétricas, y los derechos que tienen las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y oportunidad; asimismo de instrumentar políticas públicas transversales para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica; así como impartir programas de educación y salud sexual y reproductiva⁹. Resonando bastante la dignidad y libertad de la que debiese ser sujeto el humano gestante, así como aquella libertad reproductiva de la que se presume, es dueña. Y si bien se supone que el gobierno ha estado trabajando, incluso a nivel nacional para de alguna manera erradicar este problema, los resultados no están siendo del todo útiles y por tanto la violencia obstétrica sigue sin ser tema de debate constante al mantenerse normalizada, así es como se vuelve necesario transformar las estrategias o fortalecer las que ya se hayan puesto en marcha.

Para que ello se pueda cumplir, se requiere reestructurar todo lo que se ha venido haciendo, para transformar lo hecho desde un enfoque androcéntrico y reeducar desde una nueva visión con perspectiva de género, pues en este tema, la mujer es el centro y para poder ser respetada se deben quebrantar numerosas acciones que han sido

⁸ CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” en REVISTA CONAMED, vol. 19, núm. 1, Órgano Oficial de la Comisión de Arbitraje en México, México, 2014, p. 38, <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>, consultada 22 de marzo de 2021.

⁹ CÁMARA DE DIPUTADOS, “LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE MÉXICO”, Op. Cit., p. 9.

normalizadas ya desde hace años y por ello es que hablaremos de como la educación temprana en temas de derechos humanos y derechos reproductivos, así como salud sexual forjan una estrategia eficiente ante la lucha contra este tipo de violencia.

1.2. Conceptos indispensables

El término o tipo penal de violencia obstétrica tiene diversas implicaciones, pues para comenzar, diversos autores e instituciones le consideran como un tipo de violencia de género, y suplementario a lo anterior, ahondando en el tema se van ligando a la estructuración de esta violencia otros tipos de vulneraciones a diversos derechos, así como consecuencias de moderadas a severas, del mismo modo se inmiscuyen otro tipo de problemáticas y deficiencias ligadas al tema, por lo que para poder comprenderlo, se requiere tener una base de conocimientos que nos pueda servir como colchón cuando no comprendamos algo.

Violencia obstétrica entonces, implica no hablar de lo que se debiera dar en la actualidad, partos humanizados, partos dignos, partos fisiológicos, partos respetados, en los que se pretende hacer intérprete del proceso a la mujer, y por tanto darle siempre valía a su habla y su escucha, no poniendo en primer o segundo plano a uno u otro; es así como surgen herramientas diversas que cuentan con respaldo empírico y científico sobre su funcionalidad y los beneficios consecuentes en la mujer. Resaltando también cómo la violencia obstétrica tiene resultados psicológicos que pudieron haber sido evitados.

1.2.1. Dignidad

Hablar de derechos humanos en la actualidad es hablar de dignidad, pues lo mismos hallan su razón de ser en la misma, así, la dignidad implica ser tratado como lo que se

es¹⁰, seres humanos, es decir, el simple hecho de serlo te confiere ya un valor, y te hace por tanto, sujeto a quien le son atribuibles todos los derechos humanos existentes, sin importar ninguna otra característica propia de la humanidad. Es así como hablar de dignidad implica que en primer plano deber ser tratado como un ser que tiene la capacidad de decidir libremente, deduciendo lógicamente que esa dignidad humana es arrebatada en el momento en que pasa a ser tratada como un objeto, tal cual sucede en las salas de parto.

La dignidad al igual que la violencia obstétrica se vuelve un tema complejo pero importante, que no debe pasar desapercibido, pues las conductas de violencia obstétrica no son enfocadas en la dignidad humana ni tampoco; anteriormente la dignidad se relacionaba más con el buen trato que merecías en relación a tu posición, pero en la actualidad es bien sabido que eso es discriminación y que todos merecemos un buen trato, es así como a partir del Medievo el ser humano es digno por sí mismo, lo humano, la naturaleza humana, es concebida con una dignidad y un valor intrínsecos lo que significa que no es necesario que ser humano se acompañe de alguna cualidad más que te permita ser merecedor de ser tratado dignamente, además, en el siglo XV Pico de la Mirandola habla acerca de cómo el ser humano tiene capacidad de actuar de manera autónoma y de guiar su futuro y tomar decisiones¹¹, por ello es que podemos entonces hablar de cómo es que en la comisión de violencia obstétrica se le arrebató a la mujer ese poder, para finalmente su futuro quedar guiado por lo que los médicos han hecho en ella.

Continuando con esa línea de construcción, la Declaración Universal de Derechos Humanos expresamente los fundamenta en la dignidad intrínseca de los seres humanos, como lo señala desde el primer párrafo de su preámbulo: "Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca

¹⁰ MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, VÍCTOR M., "Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad", en Boletín mexicano de derecho comparado, vol.46, no.136, México, ene./abr. 2013, s/p, [://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000100002), consultada 25 de octubre de 2022.

¹¹ Idem.

y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana¹², haciendo una vez más alusión a que la dignidad es esencial al ser la fuente de algún modo de los derechos humanos, es decir que no puede existir respeto a los derechos humanos en tanto no lo exista por la dignidad humana.

Junto con el desarrollo de los derechos humanos va el de la dignidad, pues es precisamente en relación con la tutela, protección y promoción de la dignidad humana en los ámbitos jurídico y político que los derechos humanos tienen sentido y alcanzan una dimensión moral, por eso el desarrollo doctrinal de la teoría de los derechos humanos atribuyéndoles como fundamento y razón de su existencia precisamente a la dignidad de la persona o a alguno de sus atributos¹³, pues la dignidad forja el eje sobre el cual se deben guiar los derechos humanos, y por tanto al ser la dignidad inherente al ser humano, como reflejo de ello los derechos humanos también lo son, por lo que el escaso conocimiento de la mujer gestante o postparturienta, sus quejidos propios de su justificable dolor o el parto desarrollado en su cuerpo de manera más lenta a la del promedio no son ni deben ser causas que la hagan merecer malos tratos.

En concatenación con esta explicación acerca de lo que va la dignidad, encontramos también sus definiciones, mismas que aun al hallar su origen en un mismo diccionario, tiene varias similitudes y para analizarlas y concluir finalmente en un punto, serán enunciadas a continuación:

- ✓ Calidad propia de la condición humana de la que emanan los derechos fundamentales, junto al libre desarrollo de la personalidad, que precisamente por ese fundamento son inviolables e inalienables.
- ✓ Valor del hombre y fin supremo de todo el derecho y acción del Estado.
- ✓ Límite mínimo e indisponible a la regulación de los derechos fundamentales que debe ser protegido.
- ✓ Fundamento de los derechos fundamentales, del orden político y de la paz social.

¹² NACIONES UNIDAS, "La Declaración Universal de Derechos Humanos", en Documentos, Paris, 1948, s/p, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, consultada 17 de noviembre de 2022.

¹³ MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, VÍCTOR M., Op. Cit., s/p.

- ✓ Mínimum invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar, de modo que, sean unas u otras las limitaciones que se impongan en el disfrute de los derechos individuales, no conlleven menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano, merece la persona¹⁴.

De este modo las definiciones coinciden en que la dignidad es propia de del ser humano que tiene relación directa con los derechos humanos y que debe servir como mínimo indispensable a ser protegido por el derecho. Así es como derivado de las acciones que constituyen violencia obstétrica se deriva que son denigrantes, pues tal como veremos en adelante, un adjetivo de uso iterativo para atender nuestro tema es el de tratos deshumanizados, que evidentemente haya relación con el término dignidad pues ambos se encaminan a cómo se debe tratar a la especie humana gestante y postparturienta, toda vez que la mujer pasa de ser tratada como una persona a ser despojada de aquellas cualidades y capacidades que la vuelven persona, es decir, tal como arriba lo analizamos, así pues al despojarla de ese buen trato, de ese trato humano que merece recibir, consecuentemente sus derechos humanos pasan a ser anulados, por ello es que el estricto respeto a la dignidad de la persona, así como de sus derechos, conjuntamente implican otorgarle a la persona, en este caso a la mujer, el buen trato que merece recibir.

1.2.2. Poder obstétrico

Es el control total de un suceso que no debería pertenecer al personal médico que implica la apropiación por parte del sistema médico sobre la reproducción, desplaza a la mujer como sujeto activo de su propio proceso y la coloca como objeto sin derecho. Es así como la relación entre las mujeres y el personal de salud dejar ver una desigualdad real y simbólica que imposibilita un ejercicio efectivo de los derechos básicos de las mujeres como lo es la libre voluntad de decidir sobre su proceso de reproducción y el desenlace

¹⁴ DICCIONARIO PANHISPÁNICO DEL ESPAÑOL JURÍDICO, "Dignidad de la persona", en Diccionario Panhispánico del Español Jurídico, Editorial Santillana, España, 2022, s/p, <https://dpej.rae.es/lema/dignidad-de-la-persona>, consultada 25 de octubre de 2022.

de este¹⁵. A raíz de esto la mujer deja de ser dueña de sí y comienzan a darse incesantes maltratos y tratos denigrantes hacia ella ante los cuales no repara pues cree son normales y esperados, acciones u omisiones que van ligadas ya sea a su nivel de escolaridad, a su nivel socioeconómico o a su edad, pues aun cuando se crea que ello no tiene injerencia en el tema ahondado, la tiene, pues la mayoría de las mujeres víctimas de esta violencia, para empezar no tienen la economía suficiente para tener acceso a sistemas de salud privados, no tienen la instrucción escolar suficiente para reconocerse como “inteligentes” por lo cual delegan las decisiones que debieran corresponderles a ellas a terceras personas, o bien se les ha hecho creer desde casa que están para sentarse y callarse pues los doctores son los que saben y no ellas; por esto es que es necesario informar a la sociedad en general que no es su culpa ser víctima de violencia obstétrica, que ser mujer, pobre, de nivel bajo de escolaridad, analfabeta o cualquier otro calificativo no es factor que faculte a nadie para poder tratarle de manera denigrante.

Además de lo anterior el poder obstétrico tiene cabida constante al estar reforzando patrones de jerarquías que no buscan que quien este arriba lidere, si no que solo buscan que controle, dándole pie a que ordene a su libre albedrío tanto a la mujer como al personal que se halla a su cargo. Si analizamos de donde proviene este poder obstétrico podríamos inferir que está conectado con la serie de características que usualmente poseen las mujeres en las instituciones de salud públicas a las que acuden o que si bien no todas cumplen con esas características en conjunto, si existe una que les une: la capacidad económica, así, ello ligado a su nivel educativo, su edad, su género, o condiciones más específicas como pertenecer a un grupo indígena, hace más fácil que el poder obstétrico sea latente, al no existir en la mujer cualidades que le hagan saber cómo defenderse o si quiera saber que está siendo atacada.

A esto se suma que la mujer generalmente se siente vulnerable, por estar sola y por estar rodeada de demasiado personal que le indica en todo momento qué hacer, qué no hacer, qué decir, qué no decir, así como su estado físico en el que al hablar por ejemplo sobre el momento del parto que es donde se suele dar en mayor grado la violencia obstétrica, es evidente que ella está pasando por un proceso de cambios en su cuerpo que no le

¹⁵ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 107.

permiten tener el mismo grado de fuerza ni de consciencia que si estuviese en un día normal.

1.2.3. Morbilidad materna severa y su relación con la violencia obstétrica

En México el termino morbilidad materna severa es definido como la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte¹⁶, es decir las cifras en torno a ella arrojan la cantidad de mujeres que pudieron haber muerto pero se salvaron, mujeres que no debieron haber pasado por ese dolor, pues con acciones mínimas esta morbilidad podría bien reducirse, evitando aquello que no es necesario practicar como lo son las cesáreas que de por sí ya rebasan en gran magnitud el número de las recomendadas, o la aplicación de técnicas de aceleración del alumbramiento que en adelante iremos tocando puntualmente; es tema de interés porque derivado de las malas prácticas o de omisiones por parte del personal de salud obstétrica es que existe más probabilidad de que estas cifras se incrementen, no habiendo una razón que lo valide, además esto solo vislumbra como la morbilidad materna severa se implanta en este círculo de violencia como un iterado resultado que pone a la mujer constantemente en peligro y no solo a ella sino también a su futuro hijo, trayendo afectaciones permanentes de grado mínimo a severo.

La morbilidad ocurre con mayor frecuencia que la muerte materna¹⁷, sin embargo se ha estudiado menos que la mortalidad materna y se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna por cada muerte materna registrada, por ello es que no se puede aún dimensionar correctamente este problema y se seguirá así en tanto no haya datos estadísticos que funjan como prueba empírica de lo que sucede en nuestro Estado;

¹⁶ SÁNCHEZ DÍAZ, MARÍA DEL ROCÍO Y ALANÍS CUEVAS, DARÍO, “Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa”, en BOLETIN CONAMED, No. 25, JULIO-AGOSTO 2019, Órgano de Difusión del Centro Colaborador en Materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, México, 2019, p. 3, <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-4.pdf>, consultada 3 de octubre de 2022.

¹⁷ Ibidem, p. 4.

además de estos casos, hasta una cuarta parte de las mujeres podrían sufrir secuelas graves y permanentes¹⁸, por lo que el problema no solo es momentáneo, si no que trágicamente, trasciende en tiempo, lugar y modo y estas mujeres víctimas de este delito no reciben siquiera alguna compensación que pretenda hacerles más fácil y llevaderos los problemas derivados de violencia obstétrica.

La mortalidad materna suele darse más en áreas rurales debido a hemorragias o causas obstétricas directas¹⁹ es decir causas resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo²⁰, es decir a causa de este tipo de violencia, dato que revela una vez más que el entorno y por tanto el nivel socioeconómico y educativo van a ser factores para que haya más incidencia de violencia obstétrica, morbilidad materna grave y mortalidad materna, pues es en estas zonas en donde suele habitar la población con menos recursos para poder acceder a un sistema de salud deseable, pudiendo solo acudir a instituciones de salud pública que es donde más se da.

1.2.4. Violencia de género

Comprendida como 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 público²¹. Entre los tipos de violencia de género, se encuentra la que afecta la salud reproductiva que se puede definir como “todo acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos”²².

¹⁸ SÁNCHEZ DÍAZ, MARÍA DEL ROCÍO Y ALANÍS CUEVAS, DARÍO, Op. Cit., p.3.

¹⁹ Idem.

²⁰ BRIONES GARDUÑO, JESÚS CARLOS Y DE LEÓN PONCE, MANUEL DÍAZ, “Mortalidad materna”, Editorial Alfil, México, 2013, p. 3, <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf>, consultada 02 de diciembre de 2022.

²¹ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, “GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS”, en Revista Género y Salud en Cifras, vol. 8, núm. 3, Septiembre-Diciembre 2010, arte i diseño, México, 2015, p. 4, <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/revista-genero-y-salud>, consultada 17 de marzo de 2021.

²² Ibidem, p. 5.

Ante esto, hallamos que la mujer es víctima de esta violencia la mayoría del tiempo; al ser víctima de presión psicológica para coaccionar su decisión sobre si usar o no determinado método de planificación, o en los casos más drásticos es operada para no tener hijos sin ser consultada, informada ni valorada; al ser llamada de inicio a fin, “no llore, aun no es tiempo, abra las piernas, debe colocarse el DIU, para que quiere más hijos, es el primer hijo no puede saber si no va a desear más, su esposo quiere que se le coloque el implante, se le va a hacer cesárea, necesitas más oxitocina” y un sinfín de decisiones más tomadas sin justificación médica.

La mujer y todo ser humano se pertenece, ni el esposo, ni el médico, ni alguien más debería tener tanto poder como para actuar en ella sin importar las consecuencias de esas decisiones, no siempre es necesario realizar una cesárea, tampoco lo es persuadir a la mujer para no operarse si decide ya no tener más hijos, o querer uno más. Es así como ser mujer te hace punto de ataque, pues socialmente, se nos ve como la parte débil de la humanidad, la parte que debe ser sumisa y siempre estar atenta a lo que el otro necesita, la que menos sabe y por tanto debe obedecer sin rechistar o la que tiene menos fuerza física y por tanto no puede con ciertos tipos de cargas; es así como ser mujer ya te pone en un estado de desventaja enorme y ello sumado a otros factores que también inciden en la perpetuación de esta violencia hacen más fácil que el personal que te está interviniendo tenga las suficientes y bastas excusas para ponerte a ti y a tu pensar en segundo término, para así terminar el mismo decidiendo sobre lo que se debe o no hacer.

Además, la violencia de genero no se queda hasta ahí, con ella se discrimina constantemente a la mujer, pues como acabamos de enunciar, por su género se le hace menos y se le pretende pisotear siempre que se pueda, iniciando generalmente esta violencia desde la psicología machista con la que en su mayoría la sociedad ha sido educada, aludiendo a que la mujer es una zorra y debe darse a respetar, surgiendo por ejemplo de este pensamiento los comentarios fuera de lugar que ya hemos enunciado y que de ninguna manera deberían hacerse; pues al mismo tiempo podemos notar que el hombre no es objeto de burla, sino que, androcéntricamente, solo es objeto de una felicitación por su nuevo hijo.

1.2.5. Violencia institucional

Entendida como las normas y los procedimientos institucionales, así como a los actos u omisiones de las y los servidores públicos, resultado tanto de prejuicios de género, como de patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres, los cuales discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar, 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 violencia²³, esta se reproduce conjuntamente con la violencia obstétrica al cumplir con factores o características similares, tendientes a ejercer abuso de poder y denigrar a la mujer bajo la evasiva de que es ella quien debe actuar o responder de tal o cual manera, adjuntando la réplica de prácticas ya vistas como normales, incluso por la mujer.

Es así como de forma muy específica la violencia institucional tiene cabida dentro de la violencia obstétrica, pues ambas justifican de alguna manera el trato deshumanizante que inflige a la gestante, dejando pasar tantas acciones como naturales, inmiscuidas en un conjunto o torre de malas prácticas que solo deben efectuarse pues es con ellas como ha venido funcionando el sistema de salud público, es así como se ha logrado sacar adelante y por tanto, no hay cabida para ingresar en ese cúmulo de prácticas aquellas que sean respetuosas y humanas.

Importante es igualmente resaltar que la violencia institucional brinda la suficiente fuerza y poder a quienes la ejercen a los mismos justificar su actuar por la supuesta respuesta que “se les demanda”, que la misma institución les demanda, actuar rápido y no entorpecer los procesos que se han venido ejecutando “protocolariamente” en estas instituciones.

²³ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 5.

1.3. Situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica

Hablar de violencia obstétrica es hablar de gritos, operaciones e intervenciones no necesarias, medicamentos, sumisión, actitudes denigrantes, poca privacidad, regaños, así como otras tantas situaciones ajenas a la voluntad de la mujer cuando la misma desconoce que ellas son violencia obstétrica. El desglose de estas situaciones es extenso, pues el mismo no solo contempla aquellas situaciones de violencia que afectan físicamente a la pasivo sino también aquellas de índole psicológico que aun cuando podrían traer afectaciones que no generen consecuencias en su cuerpo, no es así genéricamente, pues la coacción mental ejercida sobre ella si afecta en ocasiones de manera fisiológica, por ejemplo cuando mediante esa coacción la mujer opta por operarse para no tener hijos nunca más, dando cabida a un cambio en el mundo externo, en su fisionomía.

Durante la atención obstétrica se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos en los cuales la mujer es víctima de violencia, en ellos se da una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención de la o el recién nacido y del puerperio en la mujer, además de un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión de parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio²⁴. Lo anterior se traduce en conductas violentas directas que atentan contra el bienestar y salud de la mujer; conductas que si bien tratan de ser justificadas cotidianamente, resultan contraproducentes, pues más adelante veremos cómo a raíz de ellas se desencadenan problemas en el cuerpo y mente de la mujer que dilatan más el proceso de parto o contrarían recomendaciones tendientes a garantizar una apropiada lactancia, por ejemplo, por esto es que para comprender estas conductas y/u omisiones hablaremos un poco más detalladamente acerca de ellas.

²⁴ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p.5.

1.3.1. Cesáreas injustificadas y sus consecuencias

La Organización Mundial de la Salud establece que el ideal de cesáreas a practicarse oscila entre el 10% y 15% de todos los nacimientos, sin embargo, en México aproximadamente a 45 de cada 100 mujeres se les ha practicado una cesárea²⁵, es decir, a casi el 50%, rebasando así ampliamente lo recomendado, debiendo generar un estado de alerta porque ellas no son consideradas un procedimiento de rutina ni mucho menos tienen riesgos mínimos, este tipo de intervenciones dejan secuelas y hacen más dilatoria la recuperación de la mujer y, además sumado al dato anterior, en un periodo comprendido de octubre de 2011 a octubre de 2016 de las 3.7 millones de mujeres que tuvieron cesárea²⁶:

- 10.3% no fue informada de la razón de la cesárea, y
- 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla.

Datos que ponen sobre la mesa la situación de vulneración a derechos elementales de todo ser humano como lo es su derecho a ser informado y su libertad de decisión, además no hablamos de que la mujer tiene en todo momento la decisión en sus manos o que debería de tenerla, pero sí de que cuando no lo este, preexista una justificación médica. Sumado a lo anterior, la persona que dio autorización para dicha intervención fue en primer lugar el esposo o pareja con un 57.3%, en segundo lugar, con un 19.6% está el padre, madre o algún familiar, en tercer lugar, con un 15.8% se encontró que nadie dio autorización y con un 7.3%²⁷ otra persona fue la que dio la autorización, dando cuenta una vez más de la apropiación del cuerpo de la mujer, de su sentir y anulando su voluntad, y lo que es aún peor ni siquiera informándole el porqué de dicha decisión, no siendo una decisión objetable para ella pues a sus ojos, el personal médico sabe lo que está haciendo y por lo tanto procurará hacer lo que mejor convenga para su bienestar.

²⁵ INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, Op. Cit., p. 1.

²⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, "Principales Resultados", Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, México, 2017, p. 47, https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf, consultada 17 de marzo de 2021.

²⁷ Idem.

La cesárea no es un procedimiento de rutina, el médico obstetra no es dueño del cuerpo de la mujer, ni su esposo, ni sus padres, ella tiene la capacidad de discernir entre lo positivo y negativo de algún procedimiento si se le comunica que se va a efectuar sobre ella y la razón por la que se llevará a cabo, sin embargo si ella solo es vista como un objeto, cualquiera decide en su lugar por “tener mayor conocimiento o experiencia” y más aún cuando anterior a la cesárea ha pasado por otra serie de maltratos lo único que querrá es que todo termine cuanto antes. Sabemos que hay casos en los que es urgente una cesárea, lamentablemente son pocos y muchos de ellos podrían avenirse tras el conjunto de malas prácticas realizadas desde el ingreso de estas pacientes.

1.3.2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación²⁸, por ello la OMS establece 10 principios para el cuidado del embarazo y parto, hallándose entre ellos los siguientes, los cuales nos servirán para ampliar nuestra percepción sobre el alcance del problema de la violencia obstétrica:

1. Ser no medicalizados, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias²⁹, respecto a lo cual resulta extraña más bien la institución de salud pública en la que no hacen tactos vaginales constantes que no tienen respaldo médico alguno para saber la dilatación del cuello uterino de la mujer o la institución de salud pública en la que no medicalicen a la mujer con oxitocina, por ejemplo para acelerar el alumbramiento, sin procurar por el contrario, crear un ambiente de serenidad en el que la mujer se sienta cómoda y apoyada pudiendo así su cuerpo

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, Declaración de la OMS, Ediciones de la OMS, Suiza, 2014, p. 1, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=63B8449C8C13D24E465F1A1C1E014338?sequence=1, consultada 17 de marzo de 2021.

²⁹ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 6.

naturalmente generar la oxitocina necesaria para un alumbramiento rápido pero cómodo para ella.

2. Basarse en las evidencias científicas³⁰, las cuales demuestran que el cuerpo de la mujer es capaz de llevar en la mayoría de los casos todo el proceso de parto sin ningún riesgo por sí solo, sin necesidad de recurrir a prácticas médicas irrespetuosas y con consecuencias tanto físicas como emocionales para la mujer, situación que no se da, optando los médicos por realizar episiotomías o cesáreas injustificadas y recurrentes por la simple y vacía razón de que la sala de partos se convierte cada día en un área de producción cuyo objetivo es eficientar y producir exorbitantemente.
3. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales³¹, lo cual aunque bien es o pudiese llegar a ser cumplido, se encuentra con un obstáculo dentro de las propias instituciones de salud: la jerarquización, existente desde el inicio de la humanidad, destinada a mantener orden social; tristemente, en este caso solo tiende a doblegar y crear conductas déspotas de quienes están arriba en la torre jerárquica, quienes instruyen a sus inferiores ordenándoles actuar como se ha venido aprendiendo generación tras generación, haciéndolos personas deshumanizadas y con aquellos que no lo logran, y que deciden hacer algo para que la mujer en labor de parto se sienta protagonista del mismo y dueña de su corporeidad, deciden hostigar sus mentes haciéndoles notar que están ahí para seguir ordenes, no para cuidar que la mujer funja como ser autónomo dueño del proceso que vive.
4. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico³², sin embargo cuando la mujer o a quien le interese ella emite algún cuestionamiento tendiente a procurar su bienestar, es abofeteado con una muestra de la realidad que debe aceptar, “yo soy el médico, usted qué sabe

³⁰ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 6.

³¹ Idem.

³² Idem.

señora, la enfermera sabe qué hacer”, situación que no denota en ningún momento que la mujer es tomada en consideración y que por el contrario evidencia que la misma es vista como un ser inferior, carente de conocimientos sobre medicina, razón por la cual debe mantenerse callada en todo momento a menos que sea para pujar más.

5. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja³³, haciendo hincapié en el hijo, recién nacido, que es privado del acercamiento inmediato y directo con su madre al nacer, obstaculizando una vez más algo que se debiera dar sin trabas y con naturalidad entre él y su madre, la bajada de leche y el posterior amamantamiento, situación por la que momentos después son nuevamente hostigadas y regañadas las nuevas madres, pues se les hace sentir culpables por todos los problemas que hayan surgido y vayan surgiendo en el proceso.
6. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres³⁴, la cual por no ser considerada y ser persuadida y vista como un mero objeto o persona del sexo inferior, es en ningún momento dueña de las decisiones sobre su cuerpo, y juzgada ante cualquier decisión que logre emitir; si pide ser operada para ya no tener más hijos, se le hostiga y desprecia por tal decisión haciéndole creer que es mala por no darle más hijos a su pareja o hermanos a sus hijos, o hijos a su futura pareja, denotando de no tenerlos que se podrá arrepentir en un futuro, y si por el contrario opta por no usar algún método de planificación familiar se le hace menos por no ser responsable o se le pregunta antes a “su dueño, su esposo” si está de acuerdo con dicha decisión que está tomando la mujer acerca de su cuerpo. No romanticemos nada, la mujer es dueña de sí y no debe persuadirse por tomar tal o cual decisión, menos aun siendo conscientes de que es ella quien sabe lo que traería consigo tomar una decisión contraria a sus anhelos.
7. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres³⁵, ¿en algún momento se hace?, no, se les hacen las revisiones sin importar quienes se

³³ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 6.

³⁴ Idem.

³⁵ Idem.

encuentren observando, se les trata con desprecio por estar ahí, en el proceso de parto, como si fuesen los seres más despreciables solo por no dar a luz en menos de cinco minutos, o por estar embarazadas, emitiendo hacia ellas comentarios llenos de misoginia sobre su vida sexual que trajo como consecuencia su embarazo.

Complementario a las recomendaciones anteriores, se suman el contacto madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento; la posición vertical (sentada, hincada o en cuclillas) durante el trabajo de parto y un porcentaje de cesárea inferior al 15%³⁶. Ante esto, advertamos que el contacto y lactancia inmediatos, no se dan, pues al funcionar las salas de parto como fábricas, la mujer en cuanto pasa por el área de dar a luz, debe obligatoriamente no entorpecer el proceso habitual, que por supuesto no incluye nada de lo anterior, privando a la nueva madre de esa inmediata conexión que traería la lactancia inmediata y por tanto evitaría problemas conexos como lo es la tardía o escasa bajada de leche, por lo que lo que se supone debería efficientar, mejorar y acelerar la estadía de la nueva madre en el hospital, termina por el contrario entorpeciendo aquello que naturalmente debiera fluir. Ahora bien, respecto de la posición vertical, aun cuando no existe evidencia de que la que se emplea normalmente en las salas de parto acelera el proceso o lo mejora de algún modo y, por el contrario la posición vertical si, esta tampoco se ejecuta y mucho menos se cumple con el máximo recomendado de cesáreas, pues esta, como muchas de las decisiones que la mujer debería tomar, recae sin su autorización en manos de su familia o del personal de salud interviniente, pues como excusa o “justificación” el mismo alude a que sus estudios le dan lo que se requiere para quitarle autonomía a la mujer, además en lo que respecta a los alumbramientos en posición vertical, hallamos que la única excusa aceptada es la inocua infraestructura, que oportunamente han usado y les ha servido, sin embargo, aquí entra el papel del Gobierno del Estado, quien debería trabajar en proyectos encaminados a la adaptación de estos espacios de salud para volverlos más amigables con la usuaria.

La práctica consistente en llevar a la labor de parto a ser ejecutada en posición horizontal vino con la apropiación médica del proceso de gestación que se da en la mujer, sin

³⁶ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., pp. 6, 7.

embargo, la OMS recomienda que la posición se efectúe de manera vertical, pues anteriormente las conocidas como comadronas lo efectuaban de forma vertical, pues su saber se fundaba en su experiencia, sin embargo, son pocas las parteras que en la actualidad existen, y su trabajo bien podría ser desvalorizado en el ámbito médico al ellas no contar con una institución que avale completamente su proceder, sin embargo, al formar parte ellas y sus prácticas de la cultura, entonces ello forma sustento necesario para respetarles e incluirles cuando así lo requiera alguna mujer, pues como en adelante ahondaremos, la interculturalidad al igual que la perspectiva de género han ido tomando especial relevancia y su seguimiento cada vez ha merecido más interés por lo que fijar la mirada en estos temas ha sido objeto de diversas legislaciones. Además, como respaldo a lo dicho, analizaremos las desventajas y ventajas de ambas posiciones, para así dar cuenta una vez más de que lo ejecutado hoy en día solo responde a las prácticas que facilitan la vida de los profesionistas:

Ventajas de la posición horizontal:	Ventajas de la posición vertical:
Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto.	El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
Favorece la revisión médica.	La gravedad favorece el encaje y descenso del feto, logrando un mejor acomodamiento para su

	<p>paso a través de la pelvis. El bebé, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2cm. en sentido anteroposterior y 1 cm. en el transverso. El modelaje cefálico fetal es menor. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.</p>
	<p>Insertos en la articulación pubiana Se encuentran los músculos abductores. Antiguamente se los llamaba custodes virginitates, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada. Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer)</p>

	<p>para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.</p>
	<p>Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).</p>

	<p>Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula 72, 73, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.</p>
	<p>Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.</p>
	<p>La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente.</p>
	<p>La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.</p>
	<p>La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Además se elimina la posibilidad de que se produzca un vacío que absorba el cordón, puesto que la presión</p>

	<p>uterina y la fuerza de gravedad no dejan que la cabeza del bebé regrese al terminar la contracción.</p>
	<p>Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.</p>
	<p>Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo.</p>
	<p>En la Revisión Cochrane titulada: "Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto", que se encuentra en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS se concluye que la duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las</p>

	<p>mujeres que mantienen la posición vertical y caminan; también tienen más probabilidades de recibir menos analgesia peridural.</p>
<p>Desventajas de la posición horizontal:</p>	<p>Desventajas de la posición vertical:</p>
<p>La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.</p>	<p>Puede resultar muy incómoda para el personal médico. Sin embargo desde 2008 existen en México mesas y bancos obstétricos que toman en cuenta la cultura y las necesidades del personal de salud que permiten la mejor comodidad y funcionalidad, tanto para las mujeres, como para el personal de salud, por lo que esa desventaja ya no aplica.</p>
<p>Efecto Poseiro. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. Se produce hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la mujer.</p>	

<p>Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO2. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos de muy alto riesgo que pueden terminar con la muerte fetal.</p>	<p>La creación dentro del sistema de salud de una cultura que apoye la opción de darles a las mujeres la libertad de elegir la posición preferida para el parto es un reto.</p>
<p>La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.</p>	
<p>Los miembros inferiores al permanecer inmobilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad). También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.</p>	

<p>La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.</p>	
<p>Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar.</p>	
<p>En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño.</p>	
<p>Riesgo de prolapso del cordón umbilical. Representa un riesgo de mortalidad muy elevada para el feto. Se puede producir entre otras causas por la posición horizontal del trabajo de parto. En cada contracción uterina, la cabeza del bebé se desplaza hacia la pelvis, y cuando termina la contracción en ocasiones el bebé regresa, al no tener la presión uterina y la fuerza de gravedad. Esto</p>	

<p>puede generar un vacío que absorbe el cordón umbilical, provocando su salida.</p>	
<p>Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.</p>	
<p>“Colaboración Cochrane” elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en posición horizontal, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto.</p>	

CUADRO 1. Ventajas y desventajas de la posición vertical y horizontal³⁷.

³⁷ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, “MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO”, en Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud, México, 2018, pp. 38-47,

Las recomendaciones emitidas por esta Organización que tiene importancia a nivel mundial, cuentan con respaldo científico y por tanto, su observancia debiera pasar a ser respetada en todo momento, pues por ejemplo, en este momento solo hemos analizado a profundidad las ventajas y desventajas de la recomendación del parto en posición vertical y solo de ello resulto que lo que se hace cotidianamente pone en riesgo tanto a la madre como al producto de la gestación y/o dificulta el proceso de parto en la mujer, teniendo solo como contrapeso la facilitación mediante su comodidad para el personal gineco-obstetra.

Es así como después de concluir la lectura de numerosas fuentes fidedignas, concluyo que aun cuando resulta amargo, debo decir que ninguna de esas recomendaciones es puesta en práctica en México y que, por el contrario, pareciera que estas recomendaciones son tomadas como guía sobre lo que no se debe hacer, existiendo así evidencia y testimonios de que las mujeres son medicalizadas injustificadamente, los médicos no basan su actuar en evidencia científica sino en aquello que les conviene hacer para tener días y futuros doctores más “eficientes”, no se tienen en cuenta las necesidades de la mujer ni de su círculo cercano, pues a los médicos constantemente les apremia hacer las cosas con rapidez, no se consulta a las mujeres ni se les informa de los procedimientos “rutinarios que les deben ser efectuados” y para nada se respeta la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres, tan así que las revisiones se les son efectuadas sin importar que aún no lleguen al lugar apropiado, o quien esté pasando por allí³⁸, todo se hace en donde resulta más práctico para el personal médico y, como la mujer no sabe acerca de medicina se le niega el derecho a opinar.

1.3.3. Formas de cuidado que la Organización Mundial de la Salud establece deberían ser olvidadas

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>, consultada 28 de octubre de 2022.

³⁸ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 6.

Advirtamos que aun cuando pudiese sonar en algún punto reiterativo, recordemos que se busca lograr una amplia cabida acerca de aquello que implica la violencia obstétrica, pues en algunas legislaciones, de manera limitativa se establecen solo algunas circunstancias a ser consideradas como violencia obstétrica, dejando de lado aquellas menos recurrentes, pero igual de importantes, es así como logramos encontrar una lista de dieciocho acciones y omisiones que comúnmente se ejecutan pero que no van acordes a un parto digno, humano y que además la OMS establece deberían ser olvidadas³⁹, siendo estas las siguientes:

1. No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado, es decir apropiarse de su proceso, sin siquiera otorgarles la posibilidad de estar informadas acerca de la razón por la cual se efectuara en ellas alguna acción o se les negara algo, muchas veces a razón de que no existe respaldo médico o científico que avale y justifique lo que se les hace, cayendo los activos en acciones con cero ética y humanidad.
2. Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres, logrando así un trato despersonalizado al estar todos al tanto de todas, provocando también aquellos tactos vaginales recurrentes e innecesarios y además trastocando la privacidad de la mujer y por tanto su confidencialidad.
3. Insistir en el confinamiento institucional universal, al haber ido dejando de lado la labor valiosa de las parteras, por haber sido reemplazadas por los médicos, al pasar la mujer de ser considerada alguien que va a dar a luz, a alguien enferma que requiere estar monitoreada todo el tiempo.
4. Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto, esto ya sea ignorándolas de plano o peor aun escuchándolas y callándolas con comentarios machistas y sin valía.
5. Rasurado de rutina, mismo sobre el cual no existe evidencia científica que avale que su ejecución ayude a disminuir infecciones y en lo que respecta a su segunda finalidad (facilitar la sutura), de ser así lo único que evidencia es una vez más que

³⁹ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 18.

no se procura en ningún momento el cuidado o comodidad de la mujer, sino del médico.

6. Enema rutinario, mismo que se sigue usando con mucha frecuencia porque se supone estimulan las contracciones uterinas y porque un intestino vacío permite descender a la cabeza fetal. A su vez, se cree que reducen la contaminación y, por tanto, la infección materna y del feto⁴⁰, sin embargo, tal como las otras malas prácticas no tiene respaldo alguno que le pueda justificar, es un procedimiento muy desagradable que causa mayor dolor a las mujeres durante el parto y que, debido a que podría producir pérdidas fecales acuosas durante el parto, podría aumentar potencialmente el riesgo de infecciones, por el contrario, la evidencia muestra que los enemas no tienen un efecto beneficioso significativo sobre las tasas de infección, como la infección de las heridas perineales u otras infecciones neonatales, ni sobre la satisfacción de las mujeres⁴¹. Aquí hallamos entonces como la desconsideración se vuelve común, la desconsideración al sentir de la mujer y la negligencia médica al pasar por alto recomendaciones que buscan proteger el derecho a una salud digna.
7. Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto que, como ya hemos analizado es contraproducente dese cualquier ángulo que se analice.
8. Episiotomía rutinaria, producto muchas veces de toda la cadena de malas prácticas que se han estado ejecutando sobre la parturienta y que termina por ser una de las ultimas conductas violentas a efectuarse sobre la nueva madre.
9. Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior, aun cuando las cesáreas en general deberían de procurar realizarse en la menor cantidad de mujeres.
10. Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas, cuando no es necesario hacerlo pues aún no se corre algún peligro.

⁴⁰ EL PARTO ES NUESTRO, “Enema y rasurado púbico”, en Intervenciones Médicas, España, 2022, s/p, <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/enema-y-rasurado-publico#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20OMS%2C%20los%20enemas,infecci%C3%B3n%20materna%20y%20del%20feto>, consultada 02 de diciembre de 2022.

⁴¹ GAITÁN HG Y OTROS, “Enemas durante el trabajo de parto”, en COCHRANE, 2013, s/p, https://www.cochrane.org/es/CD000330/PREG_enemas-durante-el-trabajo-de-parto, consultada 02 de diciembre de 2022.

11. Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina que tampoco logran su objetivo al estar acompañados de otras situaciones que solo consiguen que la mujer por si sola genere adrenalina e inhiba cualquier otra hormona positiva para sí misma al sentirse en peligro constante y aun mayor al hallarse sola y por ende vulnerable.
12. Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud, pues además como ya hemos analizado, la cercanía o el contacto inmediato madre e hijo contribuye en gran medida a aquello que se supone se pretende lograr con las malas prácticas, como lo es la expulsión rápida de la placenta o el amamantamiento, sin embargo las excusas siempre son más grandes y suenan incluso hasta ilógicas, pues mantener a la madre e hijo juntos no reduce espacios, sino por el contrario crea ambientes más cómodos para la recién parturienta, que es lo recomendado por la OMS.
13. Lactancia con restricciones, misma que debería darse sin ellas, pues el apego inmediato de la persona recién nacida a su madre, provoca en ambos una serie de consecuencias fisiológicas enriquecedoras y favorecedoras para los procesos que subsecuentemente se deben dar.
14. Prohibir las visitas de los familiares, obteniendo así mujeres más vulnerables y sumisas al no contar siquiera con apoyo psicoafectivo del cual puedan valerse si es que pretendieron levantar la voz, prefiriendo así mantenerse calladas para también con ello no generarse más carga y malestar del que de por sí ya tienen.

En este contexto es como las intervenciones deberían solo darse como respuesta a peligros o complicaciones y en el mismo sentido, evitar que estos surjan cuando un parto se pudo haber llevado de la forma más sana posible, pues por ejemplo es frecuente que les lastimen su vulva al practicar las episiotomías de rutina con diversas consecuencias que a veces afectan su vida sexual futura , les generan infecciones o simplemente las cohiben para tener o no más hijos a futuro al colocarlas en escenarios carentes de privacidad en los que la pasivo no debe tener objeción alguna y sin importar si en ellos coexiste un clima de seguridad sanitaria, en estos casos se suele hacer esto para que el bebe salga más rápido y como el personal lo espera, todo se vuelva más ágil. Otra situación por considerar son las cesáreas, sabemos que una proporción importante de estas se practican para facilitar la práctica de internas/os y residentes, una vez más sin

observar las normas que procuran el bienestar de la mujer, o la legislación que castiga las malas prácticas, este fenómeno está también como otros tantos en descontrol, pudiendo o no existir el consentimiento expreso e informado de la mujer y que además sigue carente de respaldo médico.

1.4. Causas y consecuencias de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica se da en el área de salud, se perpetua por parte de los intervinientes en estas instituciones y en los momentos en que la mujer acude a ellos, volviéndose esta la razón por la que tanto las causas como las consecuencias de esta alcanzan un grado de afectación severo, pues la salud humana no es algo con lo que se deba jugar ni mucho menos algo sobre lo cual no se deban poner en marcha acciones que puedan disminuirla o erradicarla. Sufrir de violencia obstétrica es algo análogo a sufrir cualquier otro tipo de violencia, solo que en este caso, se vuelve más difícil de atacar porque es extraño que alguien la conozca. Son las actuales generaciones las que están quebrantando diversas “costumbres”, pues son estas generaciones a quienes se les está dotando de ese empoderamiento que las hace cuestionarse y no solo quedarse con lo que se les dice.

Aun cuando no contamos con muchos instrumentos estadísticos que nos puedan servir como guía para saber hacia dónde dirigir la mirada, o aun también cuando no están homologadas aquellas acciones y omisiones que son violencia obstétrica, cada vez se habla un poco más sobre ellas y así es como, de contemplar solo unas cuantas, se han ido sumando cada vez más circunstancias para ser contempladas como violencia obstétrica. Es un poco alentador saber también que se están formando generaciones educadas desde otro modelo, pues ello les hará sumarse a la lucha por el respeto de derechos que por décadas han estado enterrados.

1.4.1. Causas imperantes de la violencia obstétrica

Son diversas y complejas de analizar y comprender las causas de este gran problema, ante tal situación, me evocaré en enunciarlas comenzando por aquellas que considero centrales en el problema, pues aquello que permanece oculto o visible y justificado no genera ruido, por ello la OMS para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, establece como necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa⁴², datos que de ser conocidos por la sociedad mediante campañas irían progresivamente creando consciencia de la magnitud, empujando así al gobierno a establecer en su agenda líneas de actuación tendientes a disminuir el problema, es así como la falta de estadísticas se torna una causa relevante de este problema.

Asimismo el hecho de que la mujer, aun siendo la receptora de las consecuencias que trae la violencia obstétrica, no sea agente activo en ninguna etapa de su atención obstétrica hace más difícil la tarea de erradicarla así como de visibilizarla, sin embargo es difícil que la mujer se vuelva partícipe del proceso cuando desconoce que bajo ninguna circunstancia debe ser objeto de tratos que no la dignifiquen; conjuntamente, la participación de las mujeres en las instituciones públicas de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para “mejorar la eficiencia” de la atención que se brinda, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada⁴³, quitándoles la voz a ellas, dejándolas carentes de todo recurso que las haga sentir valiosas, o al menos dignas de ser tratadas humanamente, en donde aquella que decida levantar la voz seguramente será llamada a través de presión psicológica efectuada mediante comentarios denigrantes sobre su libertad sexual; esta estructura en donde permean las relaciones jerárquicas y por lo tanto autoritarias, vuelve a las mujeres como un mero objeto didáctico, sobre quien los médicos, practicantes o residentes pueden realizar cualquier acción u omisión aun sin el consentimiento de la mujer⁴⁴, escudándose en que son ellos quienes poseen el conocimiento necesario para tomar decisiones abruptas y cotidianas durante todo momento de atención obstétrica de la mujer y que además de lo anterior no pueden ser

⁴² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op. Cit., p.3.

⁴³ CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, Op. Cit., p. 40.

⁴⁴ Idem.

defendidas por alguien más pues de optar por ejemplo alguna enfermera por defenderles, debería pensárselo dos veces si es que pretende conservar su trabajo.

Se habla de que el sistema de salud puede colapsar de no llevarse a cabo todo el proceso obstétrico como de costumbre, dejando de lado el sufrimiento que ello provoca en la mujer; aun así, aun hallándonos ante la peor situación de premura, escasez en insumos necesarios para la atención adecuada de un parto o la falta de personal médico, nada justifica la violencia psicológica de la cual también son víctimas las mujeres, pues esta no tiene otra explicación más que el mero hecho de que el personal médico ha perdido esa ética de la que tanto adula, regañando, denigrando, discriminando y abusando de la vulnerabilidad en la cual se halla la mujer⁴⁵; esta violencia psicológica, si bien es minimizada por quizá no traer “consecuencias graves”, es de la menos justificada, pues basta mantenerse ajeno a las decisiones en cuanto a la sexualidad de la mujer para no cometerla, sin embargo, tal como en las escuelas, el personal interviniente en los procesos obstétricos, goza de emitir comentarios como si la mujer fuese también alguien que merece además de pasar por el sufrimiento físico transitar por el proceso de gestación escuchando opiniones no solicitadas. Somos dueños de nuestra voz, o deberíamos serlo, pero como cualquier persona en esta sociedad somos conscientes de que buscaremos siempre nuestro bienestar y crecimiento, y en este caso particular, los practicantes manifiestan tener miedo si emiten un comentario de aliento hacia la mujer, y los más “grandes”, los médicos, pareciera que gozan de sobajar a quien está dando a luz.

Otro factor para la constante perpetuación de esta violencia se da derivado de la posición en la vida en la que te halles, pues si bien no solo es un grupo específico de mujeres las cuales han sido, son o pueden ser víctimas de violencia obstétrica, es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo⁴⁶, por lo cual se vislumbra cómo mujeres con ciertas carencias podrían más fácilmente ser víctimas de esta conducta antijurídica e inhumana, por formar parte de alguno de estos grupos de mujeres, factores que se

⁴⁵ CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, Op. Cit., p. 40.

⁴⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op. Cit., p. 1.

suman a la diversidad y amplitud de causas que dan origen a estas malas prácticas u omisiones por parte del personal de salud. Es así como también se vuelve necesario educar sobre sexualidad y derechos humanos adecuadamente y desde una edad temprana, para tener personas que se puedan auto reconocer como merecedoras de los mismos, y no solo eso, sino también personas que sepan que cuentan con los medios para hacerle frente a quien no los respete.

Igualmente, se suma a estas causas las carencias en las instituciones de salud públicas, el sistema de jerarquías que funciona como medio opresor o la normalización de este tipo de violencia derivado de su invisibilización, estando esta última ligada ampliamente con su desconocimiento, pues es análogo a cuando alguien entro a tu casa a robar pero tú jamás le viste, al pasar junto a esa persona en la calle la saludaras, si te pide un favor lo ayudarás y seguramente podrías hasta incluso dejarle entrar a tu casa, pues desconoces que fue él quien te robo y que por lo tanto no es aceptable ni mucho menos legal lo que hizo.

1.4.1.1. La jerarquización del personal en instituciones de salud y el conocimiento que tienen acerca de la violencia obstétrica

Es del conocimiento de todos que en las relaciones laborales siempre hay quien manda y quien obedece, y el área de medicina no es un punto y aparte, los médicos que si bien han sido formados con un patrón que continúa generación tras generación tienen en su manos el poder de quebrantar esas dinámicas que se apropian del cuerpo de la mujer, está en cada persona trabajadora del área de salud, ser consciente del daño que se produce a la mujer con el mero hecho de pedirle abra bien las piernas como cuando hizo a su hijo. Los médicos, practicantes y residentes son conscientes de que existen cosas que no están bien, sin embargo, constantemente son callados por sus superiores jerárquicos si deciden hacer las cosas más humanamente, tornándose una sala de partos como una simple empresa productora en la cual la mujer debe “terminar” rápidamente o esa empresa perderá tiempo valioso para producir más.

“Tú estás aquí para aprender a reparar episiotomías, así que a todas las pacientes se las vas a hacer, la requieran o no”⁴⁷, versa de ello el dicho de quien lo vivió y sintió en carne propia la desesperación de depender de las instrucciones de alguien más aun cuando no es su deseo actuar de dicha manera, debiendo decidir si conservar su trabajo o sitio de prácticas o ser castigado injustificadamente por no ser una máquina y obrero más que no repare en nada; y no solo se queda en lo anterior, el hecho de estar bajo las instrucciones o el mando de alguien y obedecer todo lo que se ordene implica que en determinado momento, cuando las usuarias tengan conocimiento de las implicaciones de la violencia obstétrica, denunciaran y por tanto, quienes obedecen terminarían también por ser sancionados, pues el hecho de que existan estas jerarquías no implica que les exime de la consecuencia de índole legal. Por lo cual, continúa “terminaban haciendo su trabajo de forma mecánica y sin saber en lo que creían⁴⁸”, es decir, siendo un paso más en el proceso de productividad de estas instituciones de salud públicas.

Una mujer perteneciente al área del personal de salud refiere como diversas acciones y omisiones aparte de ocasionar disminución de la frecuencia cardiaca al bebé, solo descalificaban a la madre y generaban frustración y pánico en ella, quien sentía que pujaba con todas sus fuerzas y no podía bajar a su bebé, dejándola a ella y a todo quien ha pasado por eso sin el poder de contraponerse a quien de algún modo obligado debe ser sumiso.

Como consecuencia conexas a este sistema, y tal como se ha citado con antelación, hallamos como estrago en el personal de salud el Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional que se manifiesta como un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral⁴⁹, así pues denota que esta jerarquización pone al personal precisamente en un estado de insatisfacción y estrés y nacido de esta situación, difícilmente el mismo logrará otorgar un trato ético a la mujer, pues no se le brindan en ningún momento las herramientas, entorno o trato idóneos para ello, consiguiendo lograr

⁴⁷ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 16.

⁴⁸ Ibidem, p. 13.

⁴⁹ ADA, “Síndrome de burnout o de desgaste profesional”, en Biblioteca Profesional, 2022, s/p, <https://ada.com/es/conditions/burnout/>, consultada 02 de diciembre de 2022

que actúen “protocolariamente” tal como se ha venido haciendo en el transcurso de los años. La jerarquización debería cumplir la función de generar un orden en las instituciones médicas para valerse de ella cuando se pretenda denunciar algún abuso de autoridad, sin embargo, esto se torna de difícil al obstaculizarse con el escaso apoyo por parte de las autoridades, sumándose la creencia generalizada de que en México reina la corrupción e impunidad.

1.4.1.2. Justificaciones por parte del personal de la salud

Sencillas e ilógicas son las razones que motivan al personal de salud a seguir los patrones de servicio dentro de las instituciones de salud, pero aquí nos evocaremos a partir sobre las que son carentes de sensibilidad y humanidad, distinguiendo que quienes más las promueven son quienes más rango de poder tienen y quienes no son castigados de ningún modo. Es frecuente el uso del recurso argumentativo de “la sobredemanda de atención y la escasez de recursos” para justificar el maltrato en las instituciones públicas⁵⁰, pero ello solo es una excusa tratando de disfrazar la realidad sobre lo que es cómodo para ellos y con lo que se sienten a gusto, pues medicalizar no acelera siempre el alumbramiento, en ocasiones no sirve de apoyo para lo que pretenden pues aún con cargas de medicamento innecesarias en el cuerpo de la mujer, el mismo no es capaz de acelerar el proceso, pues naturalmente está generando otro tipo de hormonas producto del estrés que ha venido arrastrando, por lo que brindar espacios adecuados a la mujer que requieren de poca exigencia como lo es cerrar la cortina de los camilleros, ser revisadas en áreas privadas o darles la oportunidad de que griten tanto y cuanto su dolor lo requiera es algo que fácilmente podría serles otorgado.

Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”⁵¹, son solo algunas de las respuestas que dan los activos de este delito,

⁵⁰ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 25.

⁵¹ Ibidem, p. 22.

pues la mujer ingresa al servicio de salud pública como un objeto sobre el cual los practicantes bajo y con permiso de su superior pueden y deben practicar episiotomías, sin importar los crudos estragos y muchas veces irreparables que traiga esta práctica consigo, siendo la misma efectuada cotidianamente; en México, existen testimonios de mujeres que reportan que en el momento de mayor dolor y gritos, reciben de parte de las o los médicos, órdenes de controlarse señalándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse. En este discurso, el personal médico busca obligar a la mujer que se controle, se calle o deje de quejarse, “recordándole” que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que por lo tanto, ahora debe vivir con las consecuencias⁵² pues se sabe que la mujer “abrió las patas para hacer al bebe, no grito mientras lo hacía, estaba contenta en ese momento y no lo pensó” por lo que es su responsabilidad mantenerse callada y sumisa ante el dolor que el alumbramiento conlleva bajo esa irracional excusa de los intervinientes, que por el contrario solo significó en su momento que la mujer llevó a cabo un libre desarrollo de su sexualidad, pero es castigada por ello y, además como medio de coacción espabilan los intervinientes en estar dotados de los conocimientos suficientes para que su criterio sea el único válido en la toma de decisiones que no le corresponden por ese mero hecho.

Además de lo anterior constantemente los intervinientes en el proceso gineco obstétrico se encargan de generar escenarios catastróficos en la mujer como forma de coaccionarlas para que actúen de una u otra manera, haciéndoles creer que cualquier situación negativa que se llegase a desencadenar es su culpa, logrando así que la paciente no emita queja alguna o haga notorio su malestar en ningún momento, usando frases como “no se mueva porque si le queda algo o tiene una hemorragia no va a ser mi culpa, va a ser de usted” al realizar una episiotomía⁵³, poniendo sobre ellas sentimientos de responsabilidad que no le corresponden.

⁵² CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 24.

⁵³ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 110.

1.4.2. Consecuencias de la violencia obstétrica

Tanto la mortalidad materna, la morbilidad materna severa, así como la morbilidad obstétrica directa definida esta última por la OMS como el “resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores”⁵⁴, son resultados de la violencia obstétrica en mayor o menor grado, por ello es indiscutible que la violencia obstétrica debe dejar de ser normalizada y comenzar a darle la seriedad que requiere, pues para fijar un escenario, se encuentran los testimonios de las pasivo quienes lo mínimo que buscan era ser tratadas con muestras mínimas de respeto o privacidad. Así pues, damos una razón más para buscar detener estos malos tratos, pues hablar de la vida de la mujer, y de que se le pone en peligro constantemente, no es cuestión faltante de gravedad, si no por el contrario, pone a este problema como uno más necesario para tratar.

Tristemente además de ello, existen consecuencias diversas tras la violencia obstétrica que si bien no estuvieron a punto llevar a la mujer a la muerte si traen como resultado afectaciones permanentes a la vida de la mujer e incluso del bebé; por ejemplo, cuando se utiliza una cantidad de oxitocina excesiva, se provoca que muchos partos terminen en extirpación parcial o total del útero (histerectomía)⁵⁵, hablando así de que se priva a la mujer de su derecho a decidir de manera libre e informada el número de hijos que desea tener así como el espaciamiento entre los mismos, por ejemplo, pues no ha de ser este el único derecho transgredido ante estas malas prácticas.

Además, en estos escenarios también se suele dar un constante excesivo de tactos vaginales, los cuales pueden traer como consecuencia infecciones⁵⁶ derivadas de su mala ejecución, y que además de causar un daño posterior, vuelven durante el acto, más incómodo el momento por el que se encuentra pasando la mujer, pues estos suelen ser dolorosos y causantes de mayor estrés en la paciente, pues son efectuados muchas

⁵⁴ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 109.

⁵⁵ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 18.

⁵⁶ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 110.

veces sin considerar la poca privacidad de la mujer, la constancia con la que se ha hecho ni la cantidad de personas diversas que lo han hecho.

También tiene cabida dentro de estas consecuencias la derivada de la episiotomía, la cual puede dejar a la mujer con incontinencia fecal y/o urinaria, situación nada grata para nadie, pues simplemente si usted se pone a imaginar su vida teniendo que usar pañal o teniendo fugas de orina constantes solo porque el personal que la intervino durante su alumbramiento decidió sin justificación alguna realizarle ese corte tan doloroso, creo yo que no lo pondrá muy feliz, igualmente la realización de este corte no se debe pasar por alto que es dolorosa y que hace más tardía la recuperación de la nueva madre, esta episiotomía solo debería realizarse tal como es recomendada y si su ejecución trajera como resultado beneficios para la madre.

A este tenor también hallamos consecuencias derivadas de la ejecución de técnicas tales como la maniobra de Kristeller que durante el periodo expulsivo, no debe realizarse ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados⁵⁷, pudiendo por ejemplo propiciar la muerte por asfixia al bebé y que además como muchas de las acciones de violencia obstétrica no cuentan con respaldo médico y su uso se ha ido restringiendo o bien prohibiendo, esto para generar partos más saludables y humanos, además de que en este caso, por sentido común es lógico pensar que tal como se efectúa esta maniobra, que es empujando con los antebrazos al bebe, mediante la presión con los mismos sobre el vientre de la madre, de por si no suena muy agradable y sano que digamos, es por ello que se puede producir la muerte del producto de la gestación.

Forman todas las anteriores solo algunas de las consecuencias que se pueden producir tras la violencia obstétrica, sin embargo, no son las únicas, pues también existen consecuencias en la psique de la mujer, así como podrían darse igualmente consecuencias graves en la persona recién nacida, extendiéndose de este modo el alcance de esta violencia a la persona recién nacida, lo cual directamente también

⁵⁷ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, "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", Diario Oficial de la Federación, México, 2016, p. 13, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0, consultada 3 de octubre de 2022.

generaría más daños psicológicos en la mujer agravando cada vez más el problema. Así, se puede afirmar que la violencia obstétrica, además de vulnerar los derechos humanos de las mujeres en trabajo de parto, puede alterar los procedimientos fisiológicos, producir distocias de contracción (anomalías en la contracción y dilatación uterina), sufrimiento fetal por la posición de litotomía (acostada sobre la espalda, con las piernas flexionadas en alto sostenidas por piñeras), atonía uterina y extirpación del útero (histerectomía) por el exceso de oxitócicos sintéticos, así como diversas complicaciones de la aplicación de cesáreas sin una indicación clínica precisa, propias de los riesgos de esta intervención quirúrgica⁵⁸.

1.4.2.1. Consecuencias en el personal de salud

Innegable es que el personal que interviene en cualquier momento de la atención al parto, testigo de la violencia obstétrica latente e incesante, indirectamente también se vuelve propenso a ser víctima de esta, pues se ve afectado, quizá de manera distinta que la mujer pero finalmente reciente esas conductas reprobables cuando su ética es contraria a dicha violencia. Tal como lo habíamos analizado antes, en un estudio realizado en México con ginecoobstetras se encontró que la prevalencia general del Síndrome de Burnout fue de 59.26%, este síndrome es causado por participar en un ambiente deshumanizante, deteriora la salud de la o el médico e incluye: cansancio emocional, síntomas psicósomáticos, aislamiento social y familiar, incluso falta de compromiso en la atención de la o el paciente, lo que da como resultado baja satisfacción de las personas usuarias de sus servicios⁵⁹. Lo anterior hace resonar con más fuerza la importancia de erradicar estos malos tratos, pues con ello no solo la mujer se vería beneficiada, sino también todo aquel personal médico que trate a la mujer durante el proceso obstétrico, pues si el mismo supiera que podrá gozar de un entorno desligado al autoritarismo y que ir en contra de la violencia obstétrica así como otorgar buenos tratos a la mujer dentro de

⁵⁸ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 7.

⁵⁹ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 11.

las instituciones en las que trabaja traerá consigo solo satisfacción, estas tasas de estrés, bajarían, pues no habría cabida para el miedo ni mucho menos para la coacción, pues ellos también dejarían de ser tratados como esclavos del sistema, para pasar a ser personas con valor en su voz, autónomos y con capacidad de actuar éticamente y sin riesgos.

Los seres humanos requerimos de paz y bienestar para funcionar adecuada y humanamente, así que iterativamente resalto que la visibilización de este tema es tarea que compete a todos, desde el personal de seguridad que recibe afuera del hospital, las enfermeras en la recepción, los familiares, doctores, camilleros y todo quien intervenga. Además, existen testimonios de personal de salud que al no poder cumplir su vocación ética y profesionalmente, optan por desistir de su ejercicio al resultarles triste y estresante tener que obedecer órdenes denigrantes que no van acordes a sus valores humanos, quedándose así a ejercer aquel personal dócil que atiende en todo momento lo que su superior le indica, no trayendo con ninguna de las dos decisiones anteriores algún cambio que quebrante estas conductas normalizadas pero constitutivas de delito.

CAPÍTULO 2. ESTADÍSTICAS Y MEDIOS DE DEFENSA

Dos temas son herramientas de apoyo para la construcción de políticas públicas que busquen erradicar la violencia obstétrica, y estos son por un lado las estadísticas, las cuales hemos analizado que son escasas y por tanto se requiere de más para realizar un correcto análisis del problema y, por otro lado los medios de defensa con los que se cuentan para hacer frente a la violencia obstétrica. Aun así, tal como llegué a escuchar en algún momento, la prevención también es ineludible y la prevención no solo puede empezar desde que la mujer está embarazada, la prevención está en nuestra educación formal., en nuestra educación en casa, prevención es hablar a nuestros niños acerca de sus derechos, acerca de que deben ser tratados con respeto en todo momento y que nada justifica tratos que atenten contra su dignidad, prevención es orientar e informar desde edades tempranas sobre todo aquello que se necesite.

Aun cuando la violencia obstétrica, se ha estudiado e intentado visibilizar de pasitos pequeños cada vez más, sigue siendo difícil hallar herramientas que nos permitan cuantificar la cantidad de mujeres que la sufren o la han sufrido, además, que no exista la correcta difusión acerca del tema da pie a que como chisme, la información sea transformada al punto de que tengamos una sociedad desorientada o mal orientada, pues no es extraño ver cómo en redes sociales o incluso en la vida real las personas suelen discutir acerca del tema intentando refutar el comentario de alguien. En redes sociales, aun sin llevar una mala intención, llueven las personas que intentan informar acerca de este problema y solo consiguen crear conceptos equívocos acerca de lo que trata la violencia obstétrica; así pues, las redes sociales tienen el poder de vender información de manera rápida, pero aun cuando sea así, no podemos usar su contenido como medio de referencia estadístico al estar colmado de errores.

En respuesta a lo anterior, nos retendremos en estudiar las fuentes de información fidedignas sobre estadística y calificación de la violencia obstétrica como tipo penal, intentando concluir qué es lo que no nos ha permitido avanzar o lo que ha hecho más difícil la lucha por visibilizar este tipo de violencia de género. Es importante que el Estado procure tener a la mano más información acerca del problema, para así también sea

menos recurrente y se encuentre cero necesidad en realizar conjeturas acerca de este fenómeno.

2.1. Violencia obstétrica en el Estado de México de acuerdo con la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

La ENDIREH es la principal fuente de información sobre la situación de la violencia que viven las mujeres en nuestro país y constituye una referencia internacional por los estándares éticos y metodológicos que se aplican en su levantamiento⁶⁰, desde 2015 es considerada Información de Interés Nacional, lo cual implica tener un levantamiento regular y periódico (cada 5 años) aunado a que su uso es oficial y obligatorio para el diseño y evaluación de políticas públicas⁶¹. En este contexto podemos decir que esta encuesta forja un parteaguas para el seguimiento de este problema, así como para su tratamiento, pues además se puede observar cómo entre una encuesta y otra (respecto a sus levantamientos), ha habido avances encaminados a mejorar los resultados para obtenerlos de manera óptima, eficiente y funcional.

Tiene como objetivo general generar información sobre las experiencias de violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más para estimar la extensión y gravedad de la violencia contra las mujeres, con la finalidad de apoyar en el diseño y seguimiento de políticas públicas orientadas a atender y erradicar la violencia contra las mujeres por razones de género⁶², y es, además fácil de comprender y analizar, pues cuenta con datos gráficos y resumidos que la vuelven didáctica, hecho que es útil para el análisis de nuestro tema.

Notable es que existen escasos instrumentos que reflejan cifras estadísticas acerca de este tema, la ENDIREH 2016 es la primera encuesta nacional que incluye una sección

⁶⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, México, 2021, p. 4, <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>, consultada 29 de septiembre de 2022.

⁶¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Op. Cit., p. 5.

⁶² Ibidem, p. 4.

para valorar la atención obstétrica que las mujeres recibieron durante el último parto por parte del personal que las atendió⁶³, lo cual como ya hemos antedicho es esencial si se pretende comprender la magnitud del problema, pues de lo contrario, solo se contaría con datos probables o reflejo de la deducción, sin ser estos relevantes o sin poderles usar como referente estadístico; así pues esta encuesta nos servirá ampliamente para dimensionar el problema así como para conocer en cuanto a nuestro país la prevalencia de este tipo de violencia por sí sola, así como para saber en qué lugar se posiciona respecto a violencia obstétrica.

En la ENDIREH se obtuvo como resultado que, de 2011 a 2016, de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto 33.4% sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron⁶⁴, asimismo México se posicionó como el estado con mayor proporción de prevalencia de maltrato con un 39.5%⁶⁵; para los años correspondientes al periodo de 2016 a 2021 el índice de prevalencia de maltrato en la violencia obstétrica pasó a ser del 32.5%⁶⁶, habiéndose disminuido la cifra en un 7%, pudiendo con estos datos periódicamente ir forjando estadísticas clave para la detección y atención del problema, así como para el análisis de las políticas públicas efectuadas, para darles una correcta valoración y así saber cuáles forjaron una causa para su disminución, cuáles habrá que modificar, cuáles habrá que aumentar o cuáles habrá que eliminar por ser ineficientes. Cabe resaltar que para estas dos presentaciones en donde se incorpora la violencia obstétrica, esta es tratada como “maltrato en la atención obstétrica y por situación de maltrato” para la presentación relativa al año 2016 y, para el año 2021 se agrega el maltrato psicológico/físico y los tratamientos médicos no autorizados por tipo de situación de maltrato según tipo de nacimiento, diferenciándolos del maltrato en la atención obstétrica, además de la prevalencia de maltrato obstétrico por grupos de edad.

Es indispensable que se siga trabajando en la creación de instrumentos que sirvan de referente al Estado para que se interese en atender este problema, porque el hecho de

⁶³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Op. Cit., p. 4.

⁶⁴ Ibidem, p.44.

⁶⁵ Ibidem, p. 45.

⁶⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, Op. Cit., p. 104.

que esté normalizado no es sinónimo de que sea correcto, las mujeres de por sí ya son un grupo vulnerable y estar embarazados no debería de ser motivo para generar transgresiones en ellas, aun cuando esta encuesta es pionera en incorporar este tipo de vulneraciones a los derechos de la mujer, considero que le falta mucho para lograr evidenciar todas las implicaciones de este tipo de violencia, debiéndose por ejemplo incorporar en el punto relativo al tema que nos concierne la morbilidad materna grave para así dimensionar qué tan frecuentemente ocurre, pues ella es una de las consecuencias más graves que se pueden dar tras este maltrato.

2.1.1. Situaciones que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto

Si preguntáramos a toda mujer que ha pasado por algún proceso gineco obstétrico, si de alguna de las situaciones que enlistaremos, ellas han pasado por alguna, tal como lo he hecho con mis conocidas, de las cuales no ha habido una sola que me dijera que obtuvo un trato que no involucrara el problema del que les platique (violencia obstétrica), en su mayoría dirán que fueron víctimas de alguna de ellas, dejando consecuencias muchas veces indisolubles que involucran tanto daño físico como emocional.

La ENDIREH 2016 contempló las siguientes situaciones:

- 1) Le gritaron o la regañaron
- 2) Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho
- 3) La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé
- 4) La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos
- 5) La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta
- 6) Le dijeron cosas ofensivas o humillantes
- 7) Se negaron a anestésicarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones

- 8) Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle⁶⁷

La ENDIREH 2021 además de las anteriores contempló las siguientes situaciones:

- 1) No dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea
- 2) No le informaron de manera que pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea
- 3) Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza
- 4) La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era
- 5) Le pellizcaron o jalonearon⁶⁸

Establezco esta comparativa pues el problema de las cesáreas, la lactancia inmediata y la esterilización provocada son problemas que cuentan con recomendaciones al respecto para ser tratados y darles el seguimiento que requieren, sin embargo aun cuando en esta última ENDIREH hayan sido incorporados estos temas, la mujer no cuenta con las herramientas ni conocimientos necesarios para poder por sí misma combatir alguna situación de violencia obstétrica ajena a las anteriores, dejando una concavidad desmesurada sin explorar y que se deja al aire, y que por tanto se seguirá normalizando mientras no se difunda perpetuamente el tema. Asimismo, sería viable, que tal como en la Ley de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia del Estado de México, se trataran estas acciones y omisiones solo de manera enunciativa, dándoles como opción a las mujeres encuestadas una última, la cual daría cabida a otras situaciones de violencia obstétrica distintas a las ya contempladas.

Teniendo el contexto anterior podemos además de esas prácticas anexar otras que se suelen dar en conjunto con las anteriores o por si solas y que no deben dejarse de lado pues fácilmente pueden llegar a ser desencadenantes de tragedias y para aclarar un poco

⁶⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, "Principales Resultados", Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Op. Cit., p. 46.

⁶⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, "Principales Resultados", Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, Op. Cit., p. 106.

esto, sirva de ejemplo la recomendación 14/2021 de la CNDH en la cual se detalla cómo tras haberse realizado una omisión por parte de AR1 a quien se le había explicado que ese mismo día a las 14:00 horas estaba programada una cesárea para V1, debido a que tres años antes se le realizó una cesárea por sufrimiento fetal, explicación que AR1 ignoró, desencadenándose tras esa omisión otro conjunto de acciones no recomendadas que terminaron por dejar a V2 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales "UCIN", con diagnóstico de asfixia y a V1 en terapia intensiva con diagnóstico de hemorragia obstétrica, parto patológico, ruptura uterina y choque hipovolémico (afección mortal donde el volumen sanguíneo baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre en el cuerpo)⁶⁹ y como este existen infinidad de casos que terminan incluso con la muerte de la mujer o el bebé, pues el personal médico no dimensiona que su actuar tiene implicaciones graves que pueden terminar por cambiar por completo la calidad de vida de quienes lo resienten, pues por ejemplo en este caso V1 continúa con incontinencia urinaria y fecal, así como secuelas psicológicas por el trato y los procedimientos que les realizaron; sobre V2, como efecto del sufrimiento fetal tuvo secuelas, por lo que es atendido en el Programa de Rehabilitación de la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con valoraciones de especialistas en neurocirugía pediátrica, a las que deberá acudir durante 8 años de su vida bajo esquema de medicamentos anticonvulsivos para advertir cualquier afectación en su desarrollo⁷⁰.

Al respecto, aun cuando se le pagarán millones de pesos a la madre, nada le devolverá la salud de la que gozaba antes del evento, nada le dará la oportunidad de ver a su hijo crecer sin miedos ni complicaciones y solo porque AR1 decidió que era fácil omitir seguir con lo programado, que era la cesárea y hacer lo que mejor creía, es difícil comprender cómo es que sigue existiendo personal trabajador en el área de la salud sin ética, que prefiere arriesgar vidas a demorar más o hacerse el trabajo un poco complicado; y aunque este no es el único caso ni el más grave que se ha dado, y aunque no sucedió en el

⁶⁹ COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, "Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, a la integridad personal de V1 e interés superior de la niñez de V2 en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro", Op. Cit., p. 5.

⁷⁰ Ibidem, p. 6.

Estado de México si da cuenta de que la morbilidad materna grave se da y que la vida no es algo que se pueda poner sobre hilo delgado, los intervinientes en los procesos obstétricos deberían estar constantemente capacitándose y actualizándose, así como siendo parte de diferentes pruebas psicológicas que permitieran dar cuenta de que realmente son personas con capacidad para brindar un trato basado en la dignidad y por ende respeto a los derechos humanos.

2.1.2. Lugar donde atendieron el parto y donde ocurrió el maltrato

Para poner un poco en contexto a nuestra imaginación, podemos destacar que en un lugar que brinda un servicio público con un alto número de mexicanos derechohabientes, específicamente el Hospital o Clínica del IMSS es donde más prevaleció la violencia obstétrica con un 40.8%⁷¹, habiendo menor número de incidencias en casa con partera o curandera y en un consultorio médico particular, hallazgos que se explican fácilmente al analizar todos y cada uno de los factores y causas que generan este tipo de violencia, desde la tendencia del personal de salud al justificar su actuar por falta de infraestructura o necesidad de agilidad en estas instituciones (la cual obtienen ejerciendo prácticas no recomendables en ningún sentido tales como cesáreas o episiotomías), hasta el sistema del que son víctimas los mismos estudiantes de medicina, generando ciclos que terminan sin romperse, ciclos que comienzan desde el ingreso como practicantes a estas unidades de salud en las que se enseña a los jóvenes practicantes o residentes que el cuerpo de la mujer es para usarse como objeto que facilitara su aprendizaje aun cuando resulte negativo para su salud, callándoles cuando intentan quejarse derivado de que no están a gusto con el trato que se les brinda a las usuarias o a ellos mismos, alardeando quienes ostentan un grado de jerarquía mayor de que es a ellos a quienes se les debe obedecer sin objeción alguna, pues son ellos quienes tienen el conocimiento necesario para

⁷¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Op. Cit., p. 47.

imponer esas líneas de actuación, silenciando así mismo la voz de quien resiente mayormente el daño, la futura madre.

2.2. Quejas o denuncias existentes

Resulta alarmante que el mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecología y obstetricia (2,877 quejas concluidas)⁷², pues existen otros 5 rubros y en el que estas permean evidencia que la violencia obstétrica no es un problema que se deba tomar a la ligera, pues aun cuando sabemos que pocas son las mujeres que saben de su existencia y que son más aquellas que lo han naturalizado, estas quejas existen, por ello resalto nuevamente la importancia de su visibilización, pues además en el año 2020, el Estado de México se posicionó como la segunda entidad federativa con más quejas realizadas en el área de Ginecología y Obstetricia, solo por debajo del Estado de Michoacán⁷³, por lo cual nuestro Estado se convierte en punto focal que requiere la atención inmediata de este latente problema, pues aun cuando es extraña la mujer que ha sido madre que no ha sufrido violencia obstétrica, también lo es aquella que lo ha denunciado, incluyéndome; de por sí la cultura de la denuncia se da con poca frecuencia, debido a la prevaeciente impunidad y corrupción que en México tanto resuenan, no se puede esperar que la violencia obstétrica sea denunciada cuando otros delitos se denuncian pero no se les da el seguimiento que se debiera dar derivado de diversos obstáculos, sin embargo aun cuando no son tema del presente trabajo, si es necesario poner esta situación como contexto para intuir que a la falta de denuncias de violencia obstétrica se suma la poca credibilidad que tienen las autoridades cuando de sancionar se trata.

⁷² CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, Op. Cit., p. 38.

⁷³ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO, "Resultados 2020", PLATAFORMA DE REGISTRO DE QUEJAS MÉDICAS Y DICTÁMENES, México, 2021, pp. 49, 51, http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/Resultados_Plataforma_2020_V2.pdf, consultada 28 de septiembre de 2022.

En cuanto al análisis de la gravedad del daño, en esta misma especialidad, poco más de la mitad de los casos registrados estuvieron clasificados como: daño permanente y muerte⁷⁴, por lo que derivado de esta violencia la mujer resentirá cambios permanentes en su vida que nadie reparará en tanto ella no denuncie, pues si solo se va a casa sin accionar, además de que tendrá que pagar los gastos de los tratamientos que deba seguir como consecuencia de haber sido víctima de esta violencia, no generará ningún cambio y solo lograra que estas acciones y omisiones se sigan perpetuando, volviéndose quizá más fáciles de ocultar o de justificar; por esto es que la mujer debe saber que su denuncia es necesaria, no solo para no dejar impune este delito, sino también para ir mostrando como las malas prácticas deben y son castigadas.

Existen dificultades reales para que las mujeres pongan en el conocimiento de las autoridades correspondientes estas transgresiones a sus derechos humanos y a su dignidad; para empezar, entre las pacientes no hay conciencia de sus derechos durante la atención del embarazo, parto, postparto o postaborto; tampoco esta problemática se difunde de manera sostenida; finalmente, la violencia obstétrica esta tan naturalizada entre las mujeres que la viven, que resulta difícil conceptualizarla como tal⁷⁵; ante tales situaciones la pronta educación en temas de derechos humanos y libertad sexual, así como el derecho a ser informado, debe ser introducida a los planes de estudio de manera permanente, pues es un pilar que permitirá crear futuras generaciones con conocimientos óptimos para su sano desarrollo.

He de decir que al menos de mi círculo social, incluyendo catedráticos, familia, amigos, compañeros y conocidos, no ha habido uno que responda afirmativamente cuando pregunto si saben o han escuchado algo sobre la violencia obstétrica, y cuando les explico un poco sobre sus implicaciones, terminan por contarme una anécdota sobre ellas o sobre algún familiar que fue víctima de esta pero que no tenía idea que estaba penado. Por lo anterior es que me atrevo a emitir a juicio propio que si esas quejas existen aun cuando la violencia obstétrica permanece oculta tras ser naturalizada, es porque el

⁷⁴ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 58.

⁷⁵ JOJOA TOBAR, ELISA Y OTROS, “Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible” en Revista de la Universidad Industrial de Santander, vol. 51, núm. 2, Universidad Industrial de Santander, Colombia, 2019, p.137, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343860382006>, consultada 22 de marzo de 2021.

problema es realmente grave, y si la ciudadanía supiera de su existencia, las quejas incrementarían drásticamente.

En torno a este tema en el 2015, 2016 y 2017, esta Comisión Nacional ha emitido 28 Recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica, lo que a su vez produjo la vulneración de otros más⁷⁶, ligados a la misma, recomendaciones que al igual que las disposiciones en torno a la violencia obstétrica, sean circulares, reglamentos, leyes, códigos o cualquier otro escrito existente, no tendrán suficiente peso para modificar la forma en que se ha ido perpetuando y ha permanecido la violencia obstétrica en tanto quien la reciente no alce la voz para que esta sea cada vez menos cometida.

Las personas hablan, platican lo que les ha pasado, lo que de carne propia han experimentado, cada vez con mayor frecuencia lo hacen, cada vez la sociedad está menos callada y menos tolerante a ser víctima de malos tratos, pero existe un pequeño problema: lo hacen en espacios y de formas inadecuadas, comparten sus vivencias con gente en redes sociales, en donde o bien encuentran empatía y vivencias análogas, también encuentran falsa información y su queja solo se queda hasta ahí, pues no tiene formalidad alguna ni es emitida ante autoridad competente para darle el seguimiento que le corresponde; es así como nos vamos quedando sin denuncias y por tanto, sin evidencia que permita crear presión para que el gobierno tome acción para combatir este problema, es así como se vuelve necesario girar la mirada hacia aquellos sitios en los que se “denuncia”.

2.2.1. El rol de las redes sociales en la visibilización de la violencia obstétrica

El alcance de las redes sociales es inmenso, es por ellas que nos enteramos de gran cantidad de cosas que suceden a nuestro alrededor, pues no solo la población civil las usa, también lo hacen políticos, empresarios, artistas, deportistas y toda persona con acceso a internet, es por ello por lo que pueden pasar a ser una estrategia esencial para

⁷⁶ COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, Op. Cit., p. 38.

darle visibilidad a la violencia obstétrica, su uso adecuado tendría gran valía. Para generar un contexto adecuado que nos permita comprender su importancia en el tema que estamos tratando, debemos considerar lo siguiente: para enero de 2022 las cinco redes sociales con mayor porcentaje de usuarios fueron WhatsApp con un 94.3%, Facebook con un 93.4%, Instagram con un 79.1%, TikTok con un 70.4% y Twitter con un 56%⁷⁷, los dos grandes espectros del mercado que estarían en disposición de asignar sus recursos temporales a redes sociales serían: 1) los jóvenes (preferentemente estudiantes); y 2) las personas mayores (preferentemente jubilados). Estos son los dos grandes grupos con mayor disposición de tiempo⁷⁸.

Luego entonces, con los jóvenes tenemos una gran oportunidad, pues son ellos quienes están iniciando un gran cambio, de mentalidad para educar y ser educados, con una educación a base del respeto, una educación que les permite levantar la voz cuando algo se está haciendo mal, es por esto que si la violencia obstétrica en el caso de ellos se les pone enfrente como una violencia de la cual sus madres, abuelas, tías, hermanas, compañeras, podrían ser víctimas, su mentalidad no les permitiría tolerar malos actos contra ellas y al tiempo, compartirían con las mismas cuestiones alusivas al tema para que de ese modo no quepa la posibilidad (o se reduzca) de que algo negativo les suceda a causa de la violencia obstétrica.

Ahora, en cuanto hace a la población adulta, si bien es menos común verles con un teléfono en mano, ya no lo es tanto como antes, y temas que provoquen polémica como que su vecina tuvo un hijo muerto porque no la quisieron atender en el IMSS, o que otra vecina murió porque no la atendieron a tiempo, si bien no se tocarían de esa manera, que la población adulta sea consciente de que todo eso y otras situaciones más que se pueden sumar son un delito, son violencia obstétrica, sería más sencillo luchar para desnaturalizar ese gran problema que si bien es cotidiano y demasiadas mujeres tienen

⁷⁷ STATISTA, "Redes sociales con el mayor porcentaje de usuarios en México en enero de 2022", en Social media y contenido creado por el usuario, 2022, México, s/p, <https://es.statista.com/estadisticas/1035031/mexico-porcentaje-de-usuarios-por-red-social/#:~:text=En%20enero%20de%202022%2C%20revel%C3%B3,Messenger%2C%20con%20un%2080%25,consultada 08 de enero de 2023>.

⁷⁸ AZUELA FLORES, JOSÉ IGNACIO, "Redes sociales en México, una reflexión", en Redalyc, CienciaUAT, México, 2011, p. 3, <https://www.redalyc.org/pdf/729/72923962008.pdf>, consultada 17 de noviembre de 2022.

una historia por contar acerca de ella, también lo es que poco se sabe que no es algo normal y por tanto no es algo que debiera pasar.

Es así como con las redes sociales las personas pueden comunicarse con más personas al mismo tiempo⁷⁹, lo cual implicaría que de buscar una difusión masiva de lo que sucede en México en torno a la violencia obstétrica, supondría avanzar rápidamente, más rápido de lo que se avanzaría con técnicas o estrategias más tradicionales, en las cuales por ejemplo cuando se hace convocatoria convencional en algún punto estratégico es difícil reunir una cantidad grande de personas, sea por la poca confianza que le tienen a los trabajadores encargados de efectuar esos programas o por ser efectuados ineficazmente; sea cual sea la razón, lo evidente es que al estar tan naturalizada la violencia obstétrica es necesario alcanzar grandes cantidades de personas para que así ellas puedan también difundir el tema.

Una situación que no debemos dejar pasar o por alto, es la difusión adecuada que debe efectuarse, pues como teléfono descompuesto, en las redes sociales fácilmente puede deformarse la información, es por esto que la información a ser difundida debería ser sencilla de comprender y estar elaborada basándose en los sectores poblacionales a quien han de dirigirse para que de dicho modo no solo sea recibida la información, sino también comprendida, pues de lo contrario, de no tomar atención en difundir información acerca de la violencia obstétrica en redes sociales, solo se está dando lugar a que la mala información sea la que la población reciba, o no mala pero si inadecuada, pues ya hemos ahondado en que la violencia obstétrica y sus implicaciones son amplias.

Además de lo anterior, las plataformas digitales (no limitándonos a redes sociales), hacen más sencillo el registro de estadísticas, o la generación de ellas y sabemos de la importancia de ellas, pues hay muy poca estadística en torno a la violencia obstétrica y digitalmente, se podrían rápidamente generar esto que tanto necesitamos y poco tenemos, pudiendo también de esta manera, “escuchar” lo que la mujer experimenta, necesita y ha pasado durante su embarazo, parto o puerperio. Es importante recordar que las RS no abarcan a todo el mercado. Otro punto importante que considerar es que las personas mayores y aquellas con muchas responsabilidades (familiares y laborales)

⁷⁹ AZUELA FLORES, JOSÉ IGNACIO, Op. Cit., p. 5.

quedan fuera del alcance de las redes sociales; para ellos, los canales tradicionales (prensa, radio y televisión) siguen estando vigentes⁸⁰, así pues se les debe también tener en cuenta en la toma de decisiones al momento de generar nuevas estrategias que contrarresten la violencia obstétrica. Ningún medio de difusión debe dejarse de lado pues tenga el alcance que tenga, recordemos que no todos alcanzan la misma población, pues además existen sitios alejados en los que alguno u otro medio de difusión no llega, por ello valerse de todos es muy valioso.

2.3. Legislación nacional

En nuestro Estado existen disposiciones que pretenden en primer plano librar a la mujer o procurar que la misma deje de ser objeto de la violencia de género, sin embargo, aun cuando dicho tema es preocupante, también lo es la violencia obstétrica, al hallarse la misma con menor cantidad de difusión, por lo cual el Estado ha procurado dotar a la mujer con herramientas que le permitan defenderse ante estas vulneraciones, así es como el Estado de México cuenta ya con legislación penal que versa acerca de la violencia obstétrica, así como con legislación relativa a la materia que además de tratar el tipo penal, también enmarca como obligación del Estado crear políticas encaminadas a resolver o disminuir el problema.

Además, es menester enunciar que nuestra Constitución forma parte también de este cúmulo de cuerpos legislativos que abre camino al respeto y visibilización tanto del trato digno como la no existencia de la violencia obstétrica. Trazo a estas leyes hallamos también de manera específica una Norma Oficial Mexicana que establece lineamientos para llevar a cabo un tratamiento ginecoobstétrico respetuoso. Así pues se engrandece este cuerpo normativo dándonos las herramientas para atacar el problema, lo cual deja como nuestra tarea poner nuestro empeño en desde nuestro lugar difundir este problema, así como realizar todo aquello que este en nuestras manos para que cada vez sean más las mujeres que sepan que el trato que recibieron, reciben o recibirán no es el que

⁸⁰ AZUELA FLORES, JOSÉ IGNACIO, Op. Cit., p. 6.

forzosamente deben aceptar y que por el contrario, está en sus manos ponerle fin para así ser tratadas con el respeto y humanidad que merecen.

2.3.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Sabemos que, en nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es guía para la creación de nuevos ordenamientos, pues a la par de tratados internacionales que versen sobre derechos humanos, debe primar en todo momento, no pudiendo ser rebasada por ninguna legislación que contravenga lo que esta dispone. En ella se contempla que todas las personas sin distinción alguna contarán con los derechos humanos que la misma reconoce, estableciendo como obligación de todas las autoridades su promoción, respeto, protección y garantía, por esta última encomienda es que hablamos de que el Estado Mexicano está obligado a crear el entorno que favorezca dichas líneas de actuación, siendo esta encomienda amplia, pues no restringe esa responsabilidad, por lo que tanto temas de educación como de salud, relativos a la lucha contra la naturalización y en pro de la visibilización de la violencia obstétrica son temas que le competen.

Además podemos entonces hablar de que todos los derechos humanos de la mujer están amparados por esta carta magna e igualmente se hallan de manera específica enunciados algunos de los cuales hemos hablado específicamente hablado, estando así redactado en este documento, en su artículo tercero, que la educación se basará en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva⁸¹, incluyendo en los planes y programas de estudio la educación sexual y reproductiva⁸²; aquí es precisamente donde encontramos que el respeto de la dignidad humana tendrá su cimiento, fuerte o débil basándose en gran parte en qué tanto se ha reforzado dicho concepto desde nuestra niñez, así como también es la educación

⁸¹ CÁMARA DE DIPUTADOS, “CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS”, en Diario Oficial de la Federación, México, 2021, p. 5, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>, consultada 25 de octubre de 2022.

⁸² Ibidem, p. 6.

sexual y reproductiva la que servirá como herramienta para crear personas que dotadas de conocimientos sobre derechos humanos, dignidad y educación sexual y reproductiva podrán hacer frente a las situaciones en las que deban enfrentarse a quienes no respeten su esfera de derechos.

Así también es como nuestra Constitución contempla que la mujer y el hombre son iguales ante la Ley⁸³, por lo que estos tratos deshumanizados que hacen que los estereotipos machistas permeen son completamente inconstitucionales, así es como aquellas acciones como la consistente en poner la toma de decisión sobre cualquier intervención que se realice en el cuerpo de la mujer no le corresponde ni al esposo, pues no es su dueño ni tiene más valía, ni al médico, pues aun cuando pudiese tener más conocimientos, el poder que las instituciones o la sociedad han colocado sobre él no son razón suficiente para no informar a la mujer sobre las posibilidades con las que cuenta o las intervenciones de las que deberá ser objeto para proteger su salud.

Es así como siguiendo el eje de igualdad entre hombres y mujeres, nuestra carta magna, habla de cómo toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos⁸⁴, apuntando nuevamente al derecho de la mujer sobre su corporeidad así como a ser informada de manera clara y oportuna para así poder ejercer una toma de decisiones acertada y no coaccionada ni que le sea arrebatada por un tercero, dándole así también el derecho a decidir sobre cómo planificar su vida.

Mismamente es como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos pretende garantizar estos derechos, así como muchos otros que pretenden otorgarle la dignidad de la que debe ser objeto toda persona, logrando muy poco al existir tanta desinformación y replicación de conductas, justificadas constantemente y ocultas también tras la cortina del “así es como funciona”.

⁸³ CÁMARA DE DIPUTADOS, “CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS”, Op. Cit., p. 10.

⁸⁴ Idem.

2.3.2. Código Penal del Estado de México

En el Estado de México se encuentra debidamente tipificado el delito de violencia obstétrica, hallándose dentro de los delitos de violencia de género, en el artículo 275⁸⁵, el cual a la letra dice:

“La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos por medio de tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Tipo penal que enmarca esa violencia como una vulneración, que se configura a través de las siguientes acciones y omisiones, cometiendo este delito el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, a través del uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, a través de la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas

⁸⁵ CÁMARA DE DIPUTADOS, “CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO”, Op. Cit., p. 93.

levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Si analizamos esto, podemos concluir en que en todo momento se contempla a la mujer como un ser capaz y dueño de su voluntad, la cual solo puede ser anulada cuando medie causa médica justificada, no siendo una causa médica justificada la práctica de nuestro futuro personal de salud, ni la molestia del personal por los quejidos de la mujer o su prisa porque todo sea más rápido; nuestro código contempla y protege la libertad de la mujer, resaltando en todo tiempo que no se debe acelerar el proceso de parto por mero placer, ni optar por realizar cesáreas como si fuesen pastelillos.

Aun con lo anterior se requiere que estas disposiciones sean comunicadas de manera más digerible a la población, pues de no hacerlo, fácilmente podría ser intervenido su pensamiento para hacerle creer que cualquier práctica u omisión no escrita es válida. Además, debe resaltarse que la muerte del producto de la concepción derivada de no atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o la esterilidad provocada también son penados y son consecuencia directa de la violencia obstétrica, haciendo referencia a esta última cuando sin el consentimiento de la mujer, se practique en ella procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacerla estéril⁸⁶.

2.3.3. Ley General de Salud

Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁸⁷, es un derecho amparado por la constitución y que, como ya se mencionó, no contempla solamente la parte física, sino también la mental, por ello es que hago énfasis iterado en la importancia de no solo dar prioridad a la violencia obstétrica que pudiese generar afecciones físicas, pues las mentales también

⁸⁶ CÁMARA DE DIPUTADOS, "CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO", Op. Cit., p. 94.

⁸⁷ CÁMARA DE DIPUTADOS, "Ley General de Salud", en Diario Oficial de la Federación, México, 2022, p. 1, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0, consultada 04 de noviembre de 2022.

merecen ser reconocidas y tratadas. Es en dicho contexto que la LGS establece diversos lineamientos, fijando así que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares⁸⁸ (artículo 51), pues para comenzar sabemos que la salud es un derecho humano y específicamente esta Ley está destacando precisamente que la ética en el personal médico o auxiliar debe prevalecer, así como el respeto a la dignidad. En lo que respecta al derecho de la mujer a ser informada y a su libertad de decisión, encontramos que los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen⁸⁹ (Artículo 51 Bis 1.), luego entonces, no vale mentir, no vale ocultar, no vale poner la decisión de la mujer en manos de otra persona, no vale trasgredir la información ni nada similar, es su derecho decidir pero antes de decidir estar correctamente informada para poder tomar la decisión que a su parecer le sea más cómoda o simplemente sea la que elija, así entonces también los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos⁹⁰ (Artículo 51 Bis 2).

Podría sonar rebuscado el hablar demasiado acerca del derecho de la mujer a decidir y estar debidamente informada y lo es, pero con una finalidad clara pues el consentimiento informado, constituye el núcleo del derecho a la salud, tanto desde la perspectiva de la libertad individual como de las salvaguardas para el disfrute del mayor estándar de salud. El consentimiento informado es la conformidad expresa de una persona, manifestada por escrito, para la realización de un diagnóstico o tratamiento de salud. Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base

⁸⁸ CÁMARA DE DIPUTADOS, "Ley General de Salud", Op. Cit., p. 21.

⁸⁹ Idem.

⁹⁰ Idem.

del consentimiento libre e informado. Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos⁹¹. Por lo tanto la excusa de que la mujer no puede elegir asertivamente lo que le es más favorable solo da cuenta de cómo se le discrimina, violenta y denigra en base solo a su género, condición socioeconómica, escolaridad u otras condiciones análogas que pretenden ser usadas por los activos para justificar su mal actuar, cuando en realidad son ellos los que realmente están generando en la pasivo ese contexto interior que las hace internamente cuestionarse si realmente son ellas capaces de tomar decisiones para si o sus bebés, pues es a raíz de la violencia obstétrica, en este caso psicológica como los agresores consiguen persuadir a la mujer para que la misma sienta que su opinión no merece ser escuchada, cuando por el contrario debería ser la primera a ser considerada para la toma de decisiones durante su proceso de gestación o de postparto.

En situaciones en las que una persona no pueda dar su consentimiento para un tratamiento en un momento específico por ningún medio, no exista un documento de voluntad anticipada, y su salud se encuentre en tal estado que, si el tratamiento no se administra de inmediato, su vida estaría expuesta a un riesgo inminente o su integridad física a un daño irreversible, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico, otorgando informe justificado a los Comités de Ética y a la autoridad judicial competente. En el caso de las niñas, niños y adolescentes constituye una obligación por parte de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y ajustes razonables, adecuados a su edad para que su voluntad y preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y bienestar. Se entenderá como ajustes razonables a las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. No se entenderá que la persona no

⁹¹ CÁMARA DE DIPUTADOS, “Ley General de Salud”, Op. Cit., p. 21.

puede dar su consentimiento cuando se estime que está en un error o que no tiene conciencia de lo que hace.

Tanto se protege el derecho a la salud que de manera específica se tocan “subtemas” que resultan relevantes para la generación de estrategias que puedan hacer que lo que protege la ley pueda ser cumplido, es así como las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud deben establecer procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación con la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad⁹² (Artículo 54). Sabemos que existe un problema medular que hace también que la violencia obstétrica no sea considerada como preocupante, las escasas denuncias o quejas en torno al tema y, para hacer un breve paréntesis, ha de considerarse que otra razón que pone a la mujer en una situación de vulnerabilidad mayor ante la violencia obstétrica es el tema de pertenecer a alguna comunidad indígena, es así como las legislaciones específicamente la reconocen como un grupo vulnerable.

En la actualidad no oye mucho acerca de las parteras tradicionales, lo cual no es el equivalente a que estas ya no existan, sino que el mismo sistema de salud ha hecho que las instituciones de salud públicas o privadas en algunos casos sean las encargadas de llevar cabo los procesos y procedimientos obstétricos, por lo cual la misma Ley es clara al establecer que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio⁹³ (Artículo 64, fracción IV).

Hemos también hablado de como la educación temprana en temas relevantes de salud o prioritarios es parte imprescindible para la generación de una consciencia plena sobre

⁹² CÁMARA DE DIPUTADOS, “Ley General de Salud”, Op. Cit., p. 23.

⁹³ Ibidem, p. 25.

sus derechos en torno al de la salud, por lo cual la Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos⁹⁴ (Artículo 93). Resumiendo, la Ley General de Salud nos habla de cómo la mujer y el producto, en el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, se encuentra en una situación de vulnerabilidad, por lo que los tratos a los que hace alusión deben procurarse en mayor grado durante estas etapas, aludiendo también a cómo la educación es tópico relevante a ser ejecutado y cómo el trato digno, respetuoso y acorde a los derechos humanos debe siempre prevalecer.

2.3.4. NOM-007-SSA2-2016

Existen obligaciones y criterios que debe de seguir el personal que brinda servicios de salud a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como la que recibe la persona recién nacida, ello se encuentra regulado por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016⁹⁵, la cual refiere varios tópicos que ya hemos abordado pero siendo un común el respeto a la decisión de la mujer, trato digno, aplicación de procedimientos basados en evidencias⁹⁶, la opción de parir de forma vertical, el cuidado a su salud mental, resaltando este último pues aún con acciones que se ejercen sobre el cuerpo y no la psique de la mujer, no se cuida su salud mental, pues la presión psicológica o el estrés generado por las otras prácticas que dañan su cuerpo terminan además por dañar su mente; esta norma igualmente enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna⁹⁷ de la cual se habla mucho, se dialoga al respecto, aludiendo acerca de sus amplios

⁹⁴ CÁMARA DE DIPUTADOS, “Ley General de Salud”, Op. Cit., p. 56.

⁹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, Op. Cit., p. 2.

⁹⁶ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, Op. Cit., p. 12.

⁹⁷ Ibidem, p. 3.

beneficios, pero no generando cambios conscientes como lo es llevarla a practica como es recomendado.

Otro tema tocado en esta Norma es la importancia del espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer⁹⁸, poniendo la misma en sus manos, buscando se le oriente al respecto, pero que en ningún momento se le coaccione o infrinja en su esfera de derechos, toda vez que es dueña de sí misma y su libertad sexual implica su libertad de decisión informada para contemplar por sí misma el número de hijos que desea tener, pues no olvidemos que aun cuando en este momento nos estamos enfocando en aquellos momentos en que se da esterilidad provocada, no siempre es el caso, también existe en el mismo eje de mala actuación aquel personal médico que se piensa con la autoridad suficiente para decidir que aunque una mujer no desee tener más hijos, el mismo le intimida o coacciona para que la mujer no se opere pues ella debe estar siempre a merced de los deseos del marido y la sociedad, poniéndola una vez más en ultimo termino, como si tuviese menor capacidad e inteligencia para tomar una decisión acertada.

Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud⁹⁹, no pudiendo lograr este objetivo y solo entorpeciendo su consumación si se sigue dejando de lado por falta de tiempo o interés el ejercer el respeto a la decisión de la mujer. En este mismo sentido, se afirma el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o

⁹⁸ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, Op. Cit., p. 3.

⁹⁹ Idem.

racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios¹⁰⁰. Establezco esto y no lo dejo pasar pues deja a la vista que esta norma regula y contempla en todo aspecto, primeramente el derecho de la mujer a ser tratada dignamente sin poner en peligro su bienestar o su vida como consecuencia de la violencia obstétrica, segundo su derecho a recibir información adecuada y oportuna, tercero y conexo al anterior, su derecho a decidir por sí sola todo aquello que no ponga en riesgo su salud y cuarto pero no menos importante su derecho a no ser objeto de prácticas que traigan riesgos innecesarios que pudiesen desenlazarse en la muerte del producto de la gestación o de la mujer gestante o que se halla en etapa de postparto.

En cuanto hace a la atención al parto, existe un lineamiento en esta norma que pone mucho sentido y hace demasiado ruido el comprender por qué se pone o agrega dentro de esta norma, la que establece que en todo establecimiento para la atención médica se debe favorecer la seguridad emocional de la mujer; en especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica¹⁰¹, abarcando así también el cuidado a la salud emocional de la nueva madre, dotándole de la importancia que merece pues de lo contrario no resultara extraño que la mala experiencia será compartida a más mujeres y ello forjara una razón más en ellas para no querer ser madres en tanto no se les trate humanamente, además recordemos que esta salud emocional implica un desarrollo del parto más rápido y más lento de no ser cuidada, siendo esto lo que puede cambiar el rumbo del parto, por eso es esencial darle cuidado; respecto a la no medicalización, resulta extraño que esta no sé de pues lo que se busca cotidianamente en las instituciones de salud pública es agilizar la producción de personas recién nacidas, sin embargo aun cuando especialmente en estas madres primerizas es sobre quienes se hace énfasis para que se les respete el proceso fisiológico natural, pueden ser objeto de ser más medicalizadas al no tener experiencia que resulte de apoyo al personal médico que le facilite el trabajo.

¹⁰⁰ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, Op. Cit., pp. 3, 4.

¹⁰¹ Ibidem, p. 12.

2.3.5. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México

Es importante que el estado de México continúe regulando estos malos tratos, pues así se va abriendo un panorama más visible hacia la población para también poder orientarse sobre el tema y generar consciencia del problema, por ello es que se cuenta con esta Ley, la cual es su Capítulo V Bis, en su Artículo 27 Bis instituye que la violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, se configura la violencia obstétrica cuando se niegue a la mujer el acceso a tratamientos en caso de infertilidad o el uso de métodos anticonceptivos¹⁰².

Respecto a los actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, pero no limitativa, en su Artículo 27 Ter¹⁰³, contempla los siguientes:

- I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.
- III. Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- IV. 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.

¹⁰² CÁMARA DE DIPUTADOS, "LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE MÉXICO", Op. Cit., p. 12.

¹⁰³Idem.

- V. Practicar el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante, de existir condiciones para el parto natural.
- VI. Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- VII. Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables.
- VIII. Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención.
- IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.
- X. Las acciones del personal médico o de cualquier otra persona que vulneren los derechos de las mujeres para decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y oportunidad.

Con estas dos últimas fracciones podemos advertir cómo es que sería óptimo que una legislación tratara la violencia obstétrica, instituyendo de principio a fin que no solo lo escrito es violencia obstétrica, sino también cualquier acción u omisión análoga.

2.3.6. Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro

Ya hemos ahondado en las causas, consecuencias, medios legislativos y situaciones que se desprenden de la violencia obstétrica, es así como este modelo responde a la problemática actual y toma en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normativa vigente¹⁰⁴; en otras palabras, se

¹⁰⁴ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 4.

encamina en todo momento a brindar tratos dignos, tomando en cuenta además la voz de la mujer y considerando que la interculturalidad no se evoca sólo a los grupos étnicos, sino que más bien integra a la pluralidad existente de personas. Para esto, el modelo tiene un enfoque humanizado, intercultural y seguro, yendo así en contra del modelo de parto tradicional: medicalizado y deshumanizado. Además, se adentra por medio de diversos proyectos entre los que se encuentran talleres de sensibilización llevados a cabo en varios estados, entre los cuales se halla el Estado de México.

Este modelo pone atención a detalles que parecieran ser minúsculos cuando se busca atender esta problemática, pero que, para la mujer en trabajo de parto no lo son, tales detalles consistentes en hidratación o privacidad, son temas que no se pueden esconder como difíciles de resolver, pues basta para uno que tal como suelen darse constantes tactos vaginales, también del mismo modo se podrían acercar vasos de agua a la mujer, y el segundo, basta con cerrar la cortina de las zonas de piso para otorgar esa privacidad; sin embargo, excusas siempre habrá en gran cantidad, por ello es que se pretende generar a través de diversas acciones consistentes en modificaciones o adhesiones, hacer a la mujer reapropiarse de su proceso y vivirlo pacíficamente para así disfrutarlo.

El manual de este modelo explica de manera científica cómo es que se van desarrollando estos tratos deshumanizados, en donde es donde hay más incidencias, o qué prácticas se efectúan más, mostrando evidencia estadística de estos indicadores, lo cual lo vuelve un modelo propio a ser ejecutado. Cabe destacar que dentro de este modelo, algo llamó mi atención y fue la definición que tomaron para explicar la violencia obstétrica, proveniente de GIRE, una asociación civil, llamó mi atención, porque en ella, a diferencia de en la mayoría de las consultadas, se enuncia que la violencia obstétrica se expresa como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres¹⁰⁵, acertando una vez más acerca de lo profundo y delicado que es el tema, así como también toca de manera directa el tema de derechos reproductivos, que se ha ido por completo de las manos de la mujer y del gobierno, pues culturalmente, poco se habla

¹⁰⁵ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 4.

de sexualidad, dando apertura a que muy probablemente se sigan incrementando las cifras de personas con mayor probabilidad de ser víctimas de violencia obstétrica.

Para su correcta estructura, considera categóricamente a la violencia obstétrica, no dando menor interés a los maltratos y humillaciones, sino por el contrario, de manera específica haciendo énfasis en que han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado¹⁰⁶. Ahora bien, las categorías que contempla este modelo son procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria, maltratos y humillaciones, procedimientos obstetricia realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje y diseño de presupuestos y espacios de atención materna; respecto a esta última categoría, entendemos que esta categoría está incluida hallando su razón en un punto que ya habíamos tocado, el androcentrismo, pues de alguna manera aun cuando la población femenina en México representa más de la mitad, no interfiere dicho hecho en que el presupuesto sea equitativo, pues el conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten a las mujeres tener el poder y la autodeterminación sobre su destino reproductivo¹⁰⁷, es decir la justicia reproductiva, no es común en nuestro Estado, tan es así que los productos necesarios para la menstruación siguen siendo objeto de impuestos, asimismo, resulta oportuno dejar claro que el porcentaje que toda la atención del embarazo, parto y puerperio ocupa del egreso hospitalario de acuerdo al SAEH es del 44.3%.

Hallamos también una última categoría que igual hemos tocado muy poco, el maltrato cultural y social en salud reproductiva, el cual hace referencia al maltrato recibido por pertenecer a una clase social clasificada como pobre o a una categoría cultural referente a ser indígena, lo cual vuelve aún más vulnerable a la mujer, poniéndola en un sitio menos favorable aún. Importante es que constantemente se hace hincapié en que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de

¹⁰⁶ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 13.

¹⁰⁷ LOREA, REBECA, “Justicia reproductiva para todas y todes”, en GIRE, s/p, <https://gire.org.mx/blogs/justicia-reproductiva-para-todas-y-todes/#:~:text=enero%206%2C%202020,autodeterminaci%C3%B3n%20sobre%20su%20destino%20reproductivo,consultada 02 de diciembre de 2022.>

prestar una atención perinatal adecuada, retornando así a la manera en que todo ello influye en cómo eres tratada y la calidad de atención que recibes, así como la capacidad anulativa que tienes sobre la violencia obstétrica que se ejerce en tu contra.

2.4. Legislación internacional

Sabemos de la importancia de contar con legislaciones a nivel nacional que protejan nuestros derechos, pues sabemos de la supremacía de nuestra Constitución, así como sabemos que a su lado se hayan los tratados internacionales o normas que tengan como fin la protección de los derechos humanos, por lo que las normas de las que a continuación hablaremos serán un fuerte apoyo a las de ámbito nacional, pues las mismas evocan a la violencia contra las mujeres como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres¹⁰⁸.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto¹⁰⁹. En el mismo sentido, encontramos también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”) de 1994 que en su artículo primero nos refiere que, se entiende como violencia contra la mujer a cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado¹¹⁰. Dicha Convención

¹⁰⁸ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 19.

¹⁰⁹ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, en Naciones Unidas, 1981, p. 6, https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf, consultada 15 de noviembre de 2022.

¹¹⁰ OEA, “CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER <<CONVENCION DE BELEM DO PARA>>”, en Departamento de Derecho Internacional OEA, Brasil, 1994, s/p, <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>, consultada 15 de noviembre de 2022.

impone a los Estados obligaciones para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9)¹¹¹.

La Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, (CEPAL-ONU) conocida como Consenso de Santo Domingo, en la cual participó México, celebrada del 15 al 18 de octubre de 2013, señala entre otros numerales:

69. Promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, de todos los grupos poblacionales y a lo largo de todo el ciclo de vida, mediante la implementación de leyes, políticas, normas, reglamentos y programas incorporados a los presupuestos nacionales y subnacionales, por cuanto la autonomía física es una dimensión fundamental para el empoderamiento de las mujeres y su participación en la sociedad de la información y el conocimiento en igualdad de condiciones¹¹²; así pues hacemos hincapié en que la autonomía física es elemental para que la mujer tenga bien a considerarse digna al existir esa apropiación de sí misma que no debiese ser anulada bajo ninguna circunstancia.

82. Asegurar en los servicios de salud que todas las mujeres sean atendidas sin ninguna violencia, en particular la violencia que ocurre durante los partos conocida como violencia obstétrica¹¹³; destacando aquí que la violencia obstétrica es tema sobre el cual se debe hacer énfasis, pues como ya hemos ahondado, sus consecuencias pueden bien ser letales o disminuir para siempre la calidad de vida de quien la resiente, es así como a nivel internacional también se pretende poner a los gobiernos a accionar mediante la creación de leyes que invoquen a la violencia obstétrica, pero no solo con eso sino también con su seguimiento y atención mediante la estructuración de estrategias tendientes a visibilizar y disminuirla o bien erradicarla.

¹¹¹ OEA, Op. Cit., s/p.

¹¹² NU. CEPAL, “CONSENSO DE SANTO DOMINGO”, en Naciones Unidas, CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana, 2013, p. 10, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40450-consenso-santo-domingo-duodecima-conferencia-regional-la-mujer-america-latina>, consultada 15 de noviembre de 2022.

¹¹³ Ibidem, p. 11.

Así pues, entendemos que a nivel internacional la violencia contra la mujer tiene un nivel de 0 tolerancia, en ninguno de sus tipos y que además se busca que en momentos de especial vulnerabilidad se le brinde a la mujer un trato basado en el respeto.

CAPÍTULO 3. EL CAMINO HACIA LA DESNATURALIZACIÓN Y VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En el mundo, solo puedes defender aquello de lo que eres consciente, te lastima. Por ello, será imposible que la mujer defienda y exija un trato digno antes, durante y/o después de su embarazo mientras no sea consciente de que aquellas prácticas que considera normales no lo son y que, más allá de eso, dichas prácticas le vulneran, transgreden su esfera de derechos e ignoran que es un ser humano que merece ser tratado con respeto y dignidad. Aun siendo conscientes de que la mujer debe ser el punto central en quien enfocarnos para empezar a notar un avance, ello no es sinónimo de que es el único sujeto sobre el cual se deben poner en marcha planes de acción; los residentes, practicantes y médicos juegan de igual modo un papel fundamental en el camino hacia la desnaturalización de la violencia obstétrica, concientizarlos y hacerles notar que la mujer merece una atención humana solucionaría parte del problema, debiendo así también quebrantar las prácticas de rutina innecesarias.

“Actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl, es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo¹¹⁴. Quienes pretenden alzar la voz, son aplastados por aquellos con más poder, situación poco sorprendente si se trata de relaciones humanas, razón por la que aplaudo a aquellos quienes ponen su granito de arena para buscar que la mujer se sienta ser humano y no objeto al dar vida.

Si ya hemos analizado las contradicciones del actual modelo de atención con lo que se supone pretende, en México se debería sensibilizar a la sociedad sobre el tema y el gobierno debería implementar modelos que si benefician a la pasivo del delito y por tanto a todos a su alrededor. Existe un modelo llamado “Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio” que ha sido implementado en diferentes hospitales y centros de salud en ocho estados: Chiapas, Colima, Guerrero, Hidalgo,

¹¹⁴ CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, Op. Cit., p.40.

Morelos, Oaxaca, Puebla y Veracruz, con resultados positivos, que incluyen la disminución de la muerte materna, de complicaciones y del porcentaje de cesáreas, así como el aumento de la satisfacción de las usuarias¹¹⁵, dicho que refleja lo trascendental de la deconstrucción de lo usual en México, para así dar un pequeño gran paso que tanto se alude respecto a la defensa de los derechos humanos. Un elemento que destaca es la reivindicación del personal de salud que ahora puede llevar una relación más humana con la población usuaria, lo cual ha facilitado su desarrollo y que se sienta pleno, positivo y satisfecho¹¹⁶, para ello no se requiere de mucho, compromiso, vocación y consecuencias para quien replique malos actuares son el inicio de un cambio.

Es tan complejo el tema que dentro de las problemáticas que lo engrandecen se halla también la existencia de presupuestos androcéntricos que de ninguna manera centran su atención en la realidad de México, en donde la población de mujeres supera a la de los hombres¹¹⁷, ello pese a que la perspectiva de género ha cobrado especial relevancia teniendo incidencia en las políticas públicas, mismas que si bien intentan generar de algún modo espacios libres de violencia, se olvidan o dejan de lado el factor económico y su apropiado destinamiento, pues de ello se valen las instituciones para que quienes trabajan en ellas hallen justificación a su actuar en la inocuidad de los espacios en los que se atiende a la mujer gestante o en etapa de postparto. No se logra vislumbrar con claridad cómo es que las políticas públicas actuales tienen peso o ejercen algún tipo de sinergia sobre la realidad mexicana relativa a la violencia obstétrica, promoviendo más bien la perpetuación de la naturalización de esta violencia tal como se ha venido haciendo con el paso de los años.

La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las

¹¹⁵ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 12.

¹¹⁶ Idem.

¹¹⁷ CONSEJO ESTATAL DE POBLACIÓN, "Población por Municipio", en Información Municipal, México, 2020, s/p, https://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal, consultada 15 de noviembre de 2022.

sociedades civiles y los organismos internacionales¹¹⁸ no sesgando la solución directamente en alguien, pero si tomando como parte elemental a quien la resiente directamente, la mujer, para esto servirán de mucho los expedientes clínicos en los cuales están registradas las indicaciones, prescripciones y procedimientos efectuados en ella¹¹⁹, pues si al menos esos se han escrito como se debe, serán una herramienta para lograr visibilizar cifras reales de violencia obstétrica.

Además, después de analizar tantas y cuantas circunstancias que rodean a la violencia obstétrica, se vuelve irrefutable concluir que la violencia obstétrica no es tema fácil de tratar ni de poca gravedad, sino que más bien requiere ser analizado exhaustivamente y tratado con delicadeza, pues de ello depende que la misma deje de ser subsistente. No es tarea que deba hacerse de un día para otro ni que le atañe solo a quien la ha sufrido o podrá sufrirla, es tarea que le concierne a la sociedad en general, para así poder tener el respaldo unos de otros para podernos proteger de ella y en lo posible de haber sido víctimas de esta, no dejarla impune, sino marcar un inicio de una nueva etapa de mujeres con procesos de gestación respetuosos.

3.1. El papel de la mujer como agente activo y protagonista

“El conocimiento es poder”, quien conoce sus derechos los podrá defender. Si las mujeres que han pasado por algún proceso obstétrico logran ser conscientes de que en su mayoría han sido víctimas de este delito, pues prácticas tan comunes como los tactos vaginales recurrentes sin justificación médica¹²⁰, los comentarios degradantes que atentan contra su libertad sexual, o la práctica de cesáreas injustificadas encuadran en este tipo penal, podrían levantar la voz y, en ese mismo momento, ir rompiendo los patrones que tanto se han reforzado. Su voz, acompañada de su proceder cimentará las bases para que este delito sea menos perpetuado y más castigado.

¹¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op. Cit., p. 3.

¹¹⁹ SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, Op. Cit., p. 13.

¹²⁰ CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 110.

Hablando de lo constante que es el oír comentarios desligados del trabajo de parto, como sugerir la práctica de la salpingoclasia, exclamando a la paciente que lo hiciera “para que ya no tuviera más hijos y sólo se dedicará a gozar”¹²¹ o el pedirles que se callen o que “apoco así gritaban cuando lo estaban haciendo”, solo logran sentar una base más sólida para corroborar que en México el androcentrismo sigue y los estereotipos de género así como el machismo se hacen presentes en todo momento, pues al hombre no se le cuestiona en ningún momento nada, no se le regaña ni se le daña, el estado procura su bienestar, funciona a su favor, instituyendo normatividad que no lo vuelven parte del proceso y por tanto lo protegen, otorgándole solo el placer de ver a su hijo cuando ya todo “está bien”. Hablo de estos temas porque la violencia obstétrica no es un tema disorde de la violencia de género, constantemente la mujer es víctima de estereotipos que la ponen como persona pasiva.

Además de lo anterior la mujer debe saberse en todo momento protagonista y no coadyuvante, por lo cual su voz no se debe poner después que la de su pareja, no es nadie más que ella quien está resintiendo el proceso, por tanto, si el médico considera que no es “apta” para tomar esa decisión, es su obligación informarle sobre las alternativas con las que cuenta de manera detallada, pues así la mujer contará con la información ideal que la llevara a una toma de decisión certera y para esto es substancial que la pasivo solicite información, cuestione de principio a fin y que resuelva todas sus dudas para así también contribuir para sí misma a no generar en su corporeidad estrés innecesario.

3.1.1. Conocimiento de las víctimas y la mujer en general acerca de la violencia obstétrica

Como práctica popular, la mayoría de mexicanos solemos dejar todo para el último momento o para cuando así se necesite y en temas de salud no es la excepción, y más

¹²¹ COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, Op. Cit., p. 42.

específicamente en cuanto al trato que se debe recibir en la atención al embarazo, parto o puerperio; es solo hasta que la situación “se le ha ido de las manos” tanto a la mujer como al personal interviniente en estas etapas el momento en el que uno o ambos reaccionan queriendo corregir lo que aún se pueda o reclamar por aquello que ya no tiene remedio, es solo hasta que la mujer muere a causa de esta violencia, hasta que su cuerpo lo resiente, hasta que su hijo muere, hasta que no puede tener hijos nunca más o hasta que algo ha cambiado en ella sin la misma desearlo, la hora de actuar.

Por tanto la mujer debe estar debidamente instruida acerca de sus derechos, para así poder protegerse ante quien los transgreda. Hablando de violencia obstétrica, no es necesario que la mujer haya, esté o vaya a estar embarazada, pues si bien no todas las mujeres anhelan ser madres e incluso algunas optan por jamás maternar, toda mujer e incluso toda persona podría fungir como un parteaguas ante acciones u omisiones que constituyan violencia obstétrica, pues viviendo en una sociedad tan diversa, no está oculto el hecho de que no todas las mujeres cuentan con el mismo nivel económico, de escolaridad o viven en lugares con servicios de salud adecuados, sin embargo ello no forja ningún parámetro que justifique transgresiones a sus derechos, pues el mero trato digno y respetuoso hacia una persona no requiere nada más allá de educación.

Ahora bien, si la mujer aun conociendo las implicaciones de la violencia obstétrica llegase a estar ocupando ya el lugar de víctima, es fundamental que cuente con apoyo moral suficiente para que su pensamiento acertado acerca de la violencia obstétrica no sea transgiversado por pensamientos y comentarios ajenos. Si una mujer que conoce del tema se encuentra con otra que no y levanta la voz al respecto, se irá aperturando cada vez más una sociedad no tolerante ante malos tratos y capaz de reconocer lo que se debe y lo que no se debe hacer, lo que forma parte de prácticas arraigadas tras los años, pero no correctas.

3.1.2. La importancia del interés de la mujer por conocer las implicaciones de la violencia obstétrica

La toma de decisiones en cualquier aspecto de la vida requiere de consciencia, pues toda decisión trae una consecuencia y esa misma consecuencia trae muchas otras detrás; en este tema todo comienza desde el momento en que a la mujer le es revisada la dilatación en sitios inocuos para su salud y para su privacidad, comienza desde que la mujer es objeto de gritos o regaños, pues desde el momento en que estos tratos empiezan a hacerse presentes y la mujer no hace nada para oponerse a su continuación es como otros tantos van teniendo lugar.

De esta suerte que se van suscitando cada vez prácticas irrespetuosas más graves, como lo son la aplicación de oxitocina innecesaria y la aplicación de la epidural, dando paso a un ciclo de desajuste de lo que debiera ser un parto normal¹²², logrando así anquilosar lo naturalmente esperado, pues en este escenario por ejemplo, la epidural reduce las contracciones por lo que los médicos residentes aplican más oxitocina, pero el ambiente en el que esto se lleva a cabo retrae la producción de oxitocina consustancial del proceso de alumbramiento, justificando así lo evidente, toda acción trae consigo una cadena de consecuencias que no se desvían en ningún momento, en nuestro caso hacia prácticas respetuosas.

Una atestiguante refiere como para lograr que la dilatación fuera más rápida, el personal residente, al hacer el tacto, estiraba el cuello de la matriz con los dedos, lo cual le producía mucho dolor y obviamente puede causar desgarros cervicales a las mujeres, a esto le llaman “darle cuerda” a la paciente y es una práctica obligada¹²³; sin embargo, estas imprudentes acciones se seguirán dando mientras la pasivo no tenga conocimiento que ellas se contraponen a sus derechos o mínimamente mientras aún sin conocer, cuestione si lo que se le está haciendo tiene razón médica de ser o si es mera práctica cotidiana, en consecuencia, que la mujer esté interesada en conocer cómo debe ser tratada y qué procesos le pueden o no ser efectuados, así como saber de inicio con certeza si su embarazo es de bajo riesgo, podría ser el inicio de un gran cambio.

¹²² CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 17.

¹²³ Idem.

3.2. El acompañamiento a la mujer en trabajo de parto

La OMS refiere el apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto como uno de los procedimientos que sí cuentan con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo o hija durante la atención del parto¹²⁴, por ello crear un ambiente grato durante el trabajo de parto, lo hace más rápido y menos doloroso para la mujer, quitando así también la “necesidad” de medicalizar a la futura madre, pero esto se vuelve difícil de lograr cuando nuestro sistema de salud no permite que ella cuente con apoyo emocional en ese momento por la falta de infraestructura, infraestructura que pudiera ser desalojada más rápido si los partos fueran fisiológicos y por tanto se dieran sin intervenciones necesarias, no habiendo así cabida a esta excusa.

Para comprender mejor el por qué resulta fundamental este acompañamiento, debemos hablar sobre la oxitocina; en los seres humanos se produce en las situaciones de paz y confort como la meditación, las relaciones sexuales y en general en todas las situaciones que producen bienestar y, durante el parto, la oxitocina favorece las contracciones uterinas, tanto para la salida del producto, como de la placenta¹²⁵, por ello es que debemos ser conscientes de que la mujer no puede sentirse en confort si solo la rodean personas que le dicen qué hacer, la regañan, la tocan constantemente, la revisan en cualquier sitio, la culpan de cualquier cosa que pudiera salir mal y, además de ello la tienen recluida sola en una camilla, situación que se vuelve más catastrófica e imprudente cuando sabemos que en los seres humanos cualquier situación que produzca adrenalina, va a inhibir la oxitocina y por ende el trabajo de parto.

Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el pudor al sentirse observadas, los tactos vaginales, los regaños y cualquier situación que produzca temor e inseguridad. La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural¹²⁶, por lo cual damos cuenta de que como ya he sido iterativa, lo que hacen los médicos y demás personal de salud buscando que el sistema sea rápido,

¹²⁴ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 7.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Idem.

genera contradictoriamente dilación en el proceso. La adrenalina es contagiosa, se produce si al lado hay alguna persona que secrete adrenalina (otra parturienta, médico/a o enfermero/a nerviosos)¹²⁷ y tomando en consideración el gran detalle de que la futura madre está rodeada de personas secretando adrenalina, no resulta extraño que el que debiese ser un momento mágico se transforme en uno incesantemente doloroso. Estas deberían forjar en el personal de salud una perspectiva más consciente y realista: todo aquello que han venido haciendo año tras año ha entorpecido lo que ellos han creído estar eficientando, dejando claro que lo que les aqueja como el poco tiempo con el que cuentan para atender tantos partos, se solucionaría si a la mujer se le tratara con respeto y dignidad, con ello los partos serían completamente distintos¹²⁸, pues la pasivo entraría en un estado de calma y confianza, pues cada una de las malas prácticas que efectúan son razón suficiente para que el cuerpo de la mujer reaccione de manera contraria a cómo debería de hacerlo, denotando que nunca ha sido ni será ella la culpable de que su bebe tarde en nacer.

Gracias a estas investigaciones ahora se propone con bases científicas el procurar un ambiente de temperatura cálida, confortable, con paz, tranquilidad, silencio o música relajante, sin mucha iluminación, donde no se moleste a la parturienta con exceso de instrucciones y regañones, con pocas figuras masculinizantes (tan solo si proporcionan paz y amor), donde se excluya a cualquier persona estresada¹²⁹, ambiente que desde mi perspectiva no es difícil de crear, pues solo se requiere de un poco de empatía para generarlo. También se ha identificado científicamente que el apego y la lactancia inmediatos producen oxitocina y favorecen el alumbramiento de la placenta, empero la lactancia materna se da solo hasta que se ha revisado a la persona recién nacida, es decir, después de que el alumbramiento de la placenta ya se ha dado y no solo es esto es lo que se entorpece o se retrasa por no efectuar una lactancia inmediata, sino también la bajada de leche.

¹²⁷ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 7.

¹²⁸ Idem.

¹²⁹ Idem.

Un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, por esto es que se le debe dar atención a la valorización de la mujeres durante el trabajo de parto¹³⁰, pues no solo estamos hablando del cuidado de su salud física, sino también mental, repercutiendo está en madres más felices y por tanto, capaces mentalmente de brindar a sus nuevos hijos el trato que merecen, libres de cualquier síntoma psicológico que pudiera entorpecer su actuar. En este tenor de ideas, la violencia obstétrica no es una práctica que afecte solo a la mujer, de ella también resultan perjudicados los neonatos e incluso su familia, quien en su deseo por procurar el bienestar de la paciente a la que acompañan terminan por al igual que ella callar su preocupación o molestias tras notar cómo el personal de salud se reniega a brindarle información sobre la mujer en labor de parto, quedando alejados de la situación dolorosa para la mujer, no pudiendo siquiera darle acompañamiento moral como se hacía anteriormente, cuando aún con menos avances en la medicina los partos se efectuaban con ciertas características más humanizadas que actualmente son recomendadas.

3.2.1. Repercusiones ante la ausencia de acompañamiento

A quién no le gusta estar con buena compañía y más aún en momentos especiales, difíciles o gratificantes, bueno, pues a quien está a punto de traer una nueva vida no le sucede lo contrario, lo desea, lo desee yo en su momento. Así pues, existen otros elementos que se pueden considerar como violencia obstétrica en el caso de la atención del parto, tomando en cuenta la opinión expresada por grupos de mujeres: Ellas dicen que estar allí -en la sala de parto- es como estar presas, porque carecen de lo mismo que los presos. No tienen compañía, están aisladas, no tienen derecho al agua, ni a bañarse¹³¹, y siendo yo una más de esas mujeres, puedo afirmar por experiencia propia que estar ahí en camilla, sola, y tras haber experimentado lo más grandioso de tu vida,

¹³⁰ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 46.

¹³¹ CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, Op. Cit., p. 9.

todas las situaciones ya mencionadas, le quitan la magia y la felicidad, logrando que solo desees que ello termine y poder ir a casa con tu bebe.

Estas mujeres afirman sentirse totalmente abandonadas e inseguras de lo que les pueda pasar sin ningún tipo de apoyo afectivo, ni que personas cercanas puedan auxiliarlas, es qui donde tiene más peso el acompañamiento, pues quizá la pena y sentimiento de soledad pueden también formar parte de las razones por las que la mujer no objeta ningún trato u omisión, pues el apoyo o respaldo de alguien siempre tendrá gran peso y más cuando aparte de sentirte de esa manera, estás experimentando cambios en tu cuerpo que en la mayoría de las ocasiones te están generando dolor.

A esto se agrega que el equipo sanitario no las escuche ni les atienda cuando ellas sienten que ya están listas para parir, lo cual, las llena de frustración. Por lo cual un acompañamiento en esos momentos lograría disminuir la adrenalina y crear oxitocina naturalmente en la mujer para así con ello lograr lo que tanto anhelan los médicos, procesos rápidos. Luego entonces, si tomáramos el acompañamiento desde una perspectiva un poco menos cerrada, podríamos darnos cuenta que fungiría como una herramienta útil ante eventualidades que el mismo personal de salud agradecería, pues además si se cuenta con familiares o personas cercanas informadas es posible tomar acciones ante eventualidades como la emergencia de ir a comprar un medicamento con el cual no cuenta el hospital¹³², sin embargo contrario a ello sólo se generan ambientes de estrés generalizados y poco organizados pues se considera a la familia o persona de apego a la mujer entorpecedores o innecesarios, ignorándoles siempre que se puede.

3.3. Asociaciones civiles, parteras indígenas y la BSR de la OMS

Asociaciones civiles alrededor del mundo y en México tienen como base de estructuración su sentido de vocación por el respeto a la dignidad humana y en dicho sentido a los derechos humanos, preocupándose así por dar visibilidad a problemas sociales que se perpetúan considerablemente pero que no reciben la atención que

¹³² CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, Op. Cit., p. 113.

merecen por su gravedad; por ello realizan activismo de diversas maneras, brindando a su vez también apoyo mediante asesorías, acompañamiento, e incluso terapia.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para mejorar los servicios de maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan)¹³³. Estas organizaciones, por sus alcances y activismo, se consolidan como una herramienta y estrategia para la lucha por la visibilización de la violencia obstétrica, y a su vez al requerirse de mucho por la amplitud y gravedad del problema para poder atacarlo correctamente, también se integra a estas herramientas la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, revista electrónica de revisiones, misma que cuenta con evidencia disponible sobre salud sexual y reproductiva de las revisiones sistemáticas Cochrane y la presenta como acciones prácticas para médicos (y formuladores de políticas) con el fin de mejorar los resultados de salud¹³⁴; siendo una herramienta por servir como eje guía fuente de evidencia para la creación de las políticas públicas así como para los estudios que se hicieran necesarios en el estudio de la violencia obstétrica, aunado a que cuenta con una sección de Embarazo y parto en la cual se pueden encontrar entre muchas revisiones de investigaciones, temas del interés para la mitigación de la violencia obstétrica tales como: Atención durante el trabajo de parto: período dilatante, en el cual se hallan los temas de Apoyo continuo para las mujeres durante el parto, Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto; Atención durante el trabajo de parto: período expulsivo, con temas como Episiotomía en el parto vaginal Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural y; Atención durante el trabajo de parto: alumbramiento, con temas como Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento, Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales, Pinzamiento precoz

¹³³ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 25.

¹³⁴ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 19.

versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos prematuros¹³⁵; siendo todos estos temas de completo interés para el combate de la violencia obstétrica.

En lo relativo a las parteras indígenas, una infografía de la Secretaria de Salud, enuncia precisamente lo que se busca con un parto humanizado acompañar a las mujeres en su esencia como dadoras de vida¹³⁶, colocándolas así como las protagonistas, dándoles valía y por tanto respetándolas, respetándoles y dignificándolas, pues además son mujeres mexicanas con el “DON DE SENTIR LO QUE SIENTE LA MUJER¹³⁷”, poniéndose en una posición de igualdad, quebrantando así aquellas jerarquías que en instituciones de salud públicas prevalecerían, pues su sentido de empatía y su experiencia les da las herramientas para brindar el trato que ellas mismas esperarían recibir y no solo eso, en comparación con las instituciones de salud, tienen clara su procuración por la ejecución de partos vaginales, lo cual es una recomendación clara de la OMS.

Tan respetuoso es el trato de las parteras tradicionales indígenas que además de procurar el parto vertical, ejecutan en la mujer posiciones verticales, tratan con empatía y cariño a la mujer facilitando el parto en paz y armonía, relajándola y disminuyendo el dolor; no rasuran, no aplican enemas, no hacen episiotomía, no aplican medicinas¹³⁸, logrando así ejecutar partos humanizados, conscientes de la realidad y apegados a lo recomendado legalmente, logrando fortalecer la fisiología de la mujer y mejorar la calidad y seguridad de su atención y del recién nacido¹³⁹.

En este contexto podemos notar cómo la sociedad civil, los políticos, las instituciones educativas, de salud, las organizaciones internacionales, las asociaciones civiles, los documentos históricos, los conocimientos de las parteras indígenas, la experiencia de las mujeres, las redes sociales, las estadísticas y las legislaciones en conjunto forjan un pilar que puede dar paso a que la violencia obstétrica se reconozca realmente como grave,

¹³⁵ ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, Op. Cit., p. 19.

¹³⁶ ORTEGA ALCÁNTARA, DENHI MAHETZI, “PARTERAS TRADICIONALES INDÍGENAS”, en Secretaría de Salud, Acciones y Programas, México, 2022, p. 1, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597329/PARTERAS_TRADICIONALES_IND_GENAS__1_.pdf, consultada 23 de noviembre de 2022.

¹³⁷ Idem.

¹³⁸ ORTEGA ALCÁNTARA, DENHI MAHETZI, Op. Cit., p. 2.

¹³⁹ Idem.

pues tras hacerse visible y desnormalizarse, otro conjunto de situaciones pueden irse dando por si solas, refiriéndome a denuncias y generación de políticas públicas más fuertes y mejor estructuradas.

CONCLUSIONES

Resulta emotivo que pequeñas acciones pueden lograr grandes cambios, tan solo hablar sobre violencia obstétrica con nuestros círculos cercanos forja ya un inicio trascendente, pues con ello se comienza a dar visibilidad a tan enorme problema, denotando que es más común de lo que pareciera y que contrario a lo que se piensa, tiene ya forma de atacarlo. Las conductas de violencia obstétrica se han naturalizado exuberantemente hallando su justificación en la institucionalización de las conductas u omisiones que la misma implica, usando así el personal médico interviniente en los procesos obstétricos su jerarquía, para ordenar a sus subordinados o a quienes debieran enseñarles bajo el principio ético médico correspondiente, realicen aquello que a las instituciones de salud públicas les resulta a su parecer más conveniente para agilizar el “trámite” de los archivos clínicos de las pasivos, limitándose a tratarlas como un mero sujeto que no es humanamente valioso como para darle un trato que le dignifique; además de lo anterior se ha estigmatizado a la mujer al grado de hacerla sentir ignorante aun cuando es ella quien resiente los dolores o afectaciones directas de las decisiones que se dan en torno a su cuerpo y que afectan directamente física y psicológicamente. Así pues, es esencial empoderar a la mujer y al personal médico de “puestos subalternos”, dotándolos de conocimientos suficientes para conocer aquellas conductas u omisiones que implica la violencia obstétrica y las herramientas con las que cuentan para luchar contra la misma.

No infravaloraremos a aquello que no es común o que ha quedado en el pasado, las prácticas tradicionales pueden resultar más valiosas de lo que podemos imaginar e inclusive son respetuosas de nuestros derechos humanos. De este modo es como podemos deducir que la naturalización de estas malas prácticas es la principal causa por la cual la violencia obstétrica no es visible y es ahí en donde podemos comenzar a trabajar, pues la desinformación es nuestro peor enemigo y estar informados respecto a cualquier tema no es lo mismo a estar adecuadamente informados, por esto es que se tocaron temas en torno a las redes sociales y a su uso adecuado como herramienta de difusión, sin embargo, debemos tener siempre en mente, que al ser un problema enorme, no podemos dejar su tratamiento solo en manos de una sola persona, nos corresponde a todos, a ti que me estas escuchando, a ti que me estas leyendo, a ti que has sufrido violencia obstétrica, compartir lo que ya sé, denunciar cuando deba hacerlo, ser consciente de que como ser humano merezco ser tratado dignamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) ADA, “Síndrome de burnout o de desgaste profesional”, en Biblioteca Profesional, 2022, <https://ada.com/es/conditions/burnout/>, consultada 02 de diciembre de 2022.
- 2) ALMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO Y OTROS, “MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO”, en Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud, México, 2018, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>, consultada 28 de octubre de 2022.
- 3) ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, en Naciones Unidas, 1981, https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf, consultada 15 de noviembre de 2022.
- 4) AZUELA FLORES, JOSÉ IGNACIO, “Redes sociales en México, una reflexión”, en Redalyc, CienciaUAT, México, 2011, <https://www.redalyc.org/pdf/729/72923962008.pdf>, consultada 17 de noviembre de 2022.
- 5) BRIONES GARDUÑO, JESÚS CARLOS Y DE LEÓN PONCE, MANUEL DÍAZ, “Mortalidad materna”, Editorial Alfil: México, México, 2013, <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/24%20Mortalidad%20materna-Interiores.pdf>, consultada 02 de diciembre de 2022.
- 6) CÁMARA DE DIPUTADOS, “CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO”, en Periódico Oficial Gaceta del Gobierno y LEGISTEL, México, 2000, <https://legislacion.edomex.gob.mx/node/926>, consultada 28 de septiembre de 2022.
- 7) CÁMARA DE DIPUTADOS, “CONTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS”, en Diario Oficial de la Federación, México, 2021,

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>, consultada 25 de octubre de 2022.

- 8) CÁMARA DE DIPUTADOS, “LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE MÉXICO”, México, 2022, <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf>, consultada 30 de septiembre de 2022.
- 9) CÁMARA DE DIPUTADOS, “Ley General de Salud”, en Diario Oficial de la Federación, México, 2022, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0, consultada 04 de noviembre de 2022.
- 10) CASTRO, ROBERTO Y ERVITI, JOQUINA, “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” en REVISTA CONAMED, vol. 19, núm. 1, Órgano Oficial de la Comisión de Arbitraje en México, México, 2014, <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>, consultada 22 de marzo de 2021.
- 11) CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, “GÉNERO Y SALUD EN CIFRAS”, en Revista Género y Salud en Cifras, vol. 8, núm. 3, Septiembre-Diciembre 2010, arte i diseño, México, 2015, <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/revista-genero-y-salud>, consultada 17 de marzo de 2021.
- 12) CHÁVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA Y OTROS, “VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MORBILIDAD MATERNA: SUCESOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO” en Revista de El Colegio de San Luis, vol.8, núm.16, UAEM, México, 2018, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426259450006>, consultada 17 de marzo de 2021.
- 13) COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO, “Resultados 2020”, en PLATAFORMA DE REGISTRO DE QUEJAS MÉDICAS Y DICTÁMENES, México, 2021,

http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/Resultados_Plataforma_2020_V2.pdf, consultada 28 de septiembre de 2022.

- 14) COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, “Aspectos básicos de derechos humanos”, en Revista Aspectos básicos de derechos humanos, tercera edición, Julio 2018, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 2018, consultada 13 de junio de 2022.
- 15) COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, a la integridad personal de V1 e interés superior de la niñez de V2 en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro”, en RECOMENDACIÓN NO. 14 /2021, México, 2021, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-04/REC_2021_014.pdf, consultada 27 de septiembre de 2022.
- 16) COMISION NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”, en RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017, México, 2017, <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/recomendaciones/generales/recgral031.pdf>, consultada 10 de octubre de 2022.
- 17) CONSEJO ESTATAL DE POBLACIÓN, “Población por Municipio”, en Información Municipal, México, 2020, https://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal, consultada 15 de noviembre de 2022.
- 18) DICCIONARIO PANHISPÁNICO DEL ESPAÑOL JURÍDICO, “Dignidad de la persona”, en Diccionario Panhispánico del Español Jurídico, Editorial Santillana, España, 2022, <https://dpej.rae.es/lema/dignidad-de-la-persona>, consultada 25 de octubre de 2022.
- 19) EL PARTO ES NUESTRO, “Enema y rasurado público”, en Intervenciones Médicas, España, 2022, <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/enema-y-rasurado->

- publico#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20los%20enemas,infecci%C3%B3n%20materna%20y%20del%20feto, consultada 02 de diciembre de 2022.
- 20)GAITÁN HG Y OTROS, “Enemas durante el trabajo de parto”, en COCHRANE, 2013, https://www.cochrane.org/es/CD000330/PREG_enemas-durante-el-trabajo-de-parto, consultada 02 de diciembre de 2022.
- 21)GUZMAN AGUILAR, FERNANDO, “Padecen mujeres violencia obstétrica en México Maltrato y “atención no autorizada” en instituciones de salud públicas y privadas”, GACETA UNAM, Órgano Informativo de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2020, <https://www.gaceta.unam.mx/padecen-mujeres-violencia-obstetrica-en-mexico/>, consultada 17 de marzo de 2021.
- 22)HÜTT HERRERA, HAROLD, “LAS REDES SOCIALES: UNA NUEVA HERRAMIENTA DE DIFUSIÓN”, en Redalyc, Universidad de Costa Rica, vol. 91, núm. 2, 2012, <https://www.redalyc.org/pdf/729/72923962008.pdf>, consultada 17 de noviembre de 2022.
- 23)INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, México, 2017, https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf, consultada 17 de marzo de 2021.
- 24)INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, “Principales Resultados”, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021, México, 2021, <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>, consultada 29 de septiembre de 2022.
- 25)INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, “Desigualdad en cifras”, BOLETÍN ESTADÍSTICO La violencia en la atención obstétrica, año 5, núm. 4, México, 2019, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf, consultada 17 de marzo de 2021.
- 26)INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO, “Violencia contra las Mujeres 2003 Un reto para la salud pública en México”, en Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, México, 2004,

- http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100965.pdf, consultada 17 de marzo de 2021.
- 27) JOJOA TOBAR, ELISA Y OTROS, "Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible" en Revista de la Universidad Industrial de Santander, vol. 51, núm. 2, Universidad Industrial de Santander, Colombia, 2019, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343860382006> consultada 22 de marzo de 2021.
- 28) LOREA, REBECA, "Justicia reproductiva para todas y todes", en GIRE, <https://gire.org.mx/blogs/justicia-reproductiva-para-todas-y-todes/#:~:text=enero%20%2C%202020,autodeterminaci%C3%B3n%20sobre%20su%20destino%20reproductivo>, consultada 02 de diciembre de 2022.
- 29) MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, VICTOR M., "Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad", en Boletín mexicano de derecho comparado, vol.46, no.136, México ene-abr., México, 2013, ://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000100002, consultada 25 de octubre de 2022.
- 30) NACIONES UNIDAS, "La Declaración Universal de Derechos Humanos", en Documentos, Paris, 1948, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>, consultada 17 de noviembre de 2022.
- 31) NU. CEPAL, "CONSENSO DE SANTO DOMINGO", en Naciones Unidas, CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana, 2013, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40450-consenso-santo-domingo-duodecima-conferencia-regional-la-mujer-america-latina>, consultada 15 de noviembre de 2022.
- 32) OEA, "CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER <<CONVENCION DE BELEM DO PARA>>", en Departamento de Derecho Internacional OEA, Brasil, 1994, <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>, consultada 15 de noviembre de 2022.

- 33) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud", Declaración de la OMS, Ediciones de la OMS, Suiza, 2014, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=63B8449C8C13D24E465F1A1C1E014338?sequence=1, consultada 17 de marzo de 2021.
- 34) ORTEGA ALCÁNTARA, DENHI MAHETZI, "PARTERAS TRADICIONALES INDÍGENAS", en Secretaría de Salud, Acciones y Programas, México, 2022, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/597329/PARTERAS_TRADICIONALES_IND_GENAS__1_.pdf, consultada 23 de noviembre de 2022.
- 35) SÁNCHEZ DÍAZ, MARÍA DEL ROCÍO Y ALANÍS CUEVAS, DARÍO, "Sistema de vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna severa", en BOLETIN CONAMED, No. 25, JULIO-AGOSTO 2019, Órgano de Difusión del Centro Colaborador en Materia de Calidad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente, México, 2019, <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-4.pdf>, consultada 3 de octubre de 2022.
- 36) SECRETARÍA DE ASUNTOS PARLAMENTARIOS, "LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES", en SECRETARÍA DE ASUNTOS PARLAMENTARIOS, MÉXICO, 2021, http://www.secretariadeasuntosparlamentarios.gob.mx/leyes_y_codigos.html, consultada 30 de septiembre de 2022.
- 37) SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, "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", en Diario Oficial de la Federación, México, 2016, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gs.tab=0, consultada 3 de octubre de 2022.
- 38) SOTO TOUSSAINT, LUIS HÉCTOR, "ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIA", en Revista Mexicana de Anestesiología, vol. 39. supl. 1, Abril-Junio 2016, Colegio Mexicano de Anestesiología, México, 2016,

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>, consultada 22 de marzo de 2021.

39) STATISTA, "Redes sociales con el mayor porcentaje de usuarios en México en enero de 2022", en Social media y contenido creado por el usuario, 2022, México, <https://es.statista.com/estadisticas/1035031/mexico-porcentaje-de-usuarios-por-red-social/#:~:text=En%20enero%20de%202022%2C%20revel%C3%B3,Messenger%2C%20con%20un%2080%25>, consultada 08 de enero de 2023.