

**Parir en oscuridad.**  
***Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres.***

## **INTRODUCCIÓN.**

*Me quedé casi media hora afuera del hospital, me dijeron que me faltaban 3 milímetros, pero ya no aguanté y se me vino mi bebé, estaba aquí adentro en urgencias y ahí me alivié. Me dijeron que no empujara porque la cabeza de mi bebé ya estaba afuera. El doctor me dijo: “no empuje señora porque se va a venir el bebé y se va a caer aquí”. Y bueno, ya de ahí me llevaron para tenerlo, me cortaron la parte mía, porque el bebé no podía salir y ya me hicieron cesárea de abajo, me apachurraron la panza para que saliera y después me apachurraron para que saliera la placenta de mi bebé (Rosa).<sup>1</sup>*

En el párrafo anterior podemos leer el testimonio de Rosa, una mujer que atendió su parto en un hospital público de la Ciudad de México. La historia de Rosa, es un ejemplo cotidiano de repetidas historias de dolor y violencia que viven las mujeres al atender sus partos en las instituciones públicas de salud. Los testimonios nos muestran claramente una cadena de maltratos y violencia que se traduce en una violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres. La mayor parte de las mujeres viven el parto hospitalario como un evento violento y traumático, experiencias que en muchas ocasiones son asumidas, naturalizadas y ocultadas.<sup>2</sup>

La violencia que viven las mujeres al atender sus partos se ha incrementado y transformado. Este ensayo tiene por objetivo el estudio de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos.

En el primer apartado se realizará un recorrido por el concepto de violencia obstétrica desde una perspectiva de género y derechos humanos, ejemplificando el uso del término en Latinoamérica y en México. Enseguida se caracterizará la crisis actual que vive la atención hospitalaria al parto, documentando tres prácticas recurrentes de violencia obstétrica en el país: las cesáreas innecesarias; la medicalización rutinaria del parto; y la violencia simbólica de género. En la última parte del documento se mostrarán los principales aportes del escrito profundizando en propuestas para combatir la problemática, con un enfoque en derechos humanos.

---

<sup>1</sup> El testimonio fue recuperado con consentimiento informado. Primero de la propia paciente y del hospital público de la Ciudad de México. El nombre de la participante fue cambiado para proteger su anonimato.

<sup>2</sup> Marcela Lagarde (2012) se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, sintetizada en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. El cuerpo femenino está destinado para funciones y usos que implican la negación de la primera persona; es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes.

## 1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL TÉRMINO: VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

### 1.1 La categoría de género como clave de análisis.

Este artículo coloca al género como la categoría de análisis para reflexionar la problemática de la violencia obstétrica, en tanto que permite visualizar de forma diferenciada en hombres y mujeres, procesos biológicos y sociales, tal es el caso de la salud, la enfermedad, la muerte y en este tema específico la violación a los derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de atención al nacimiento. Como referencia teórica de la definición de género tomo la conceptualización de Joan Scott (1996), pues trasciende las miradas culturalistas y jerarquiza al poder como elemento constitutivo de las relaciones entre los géneros. La misma trata de desmarcarse de calidades fijas y oposiciones binarias, así como intenta una deconstrucción genuina de los términos de la diferencia sexual (Scott, 1996, en Lamas 2008:265).

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. No es el género el único campo, pero parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occid., judeo-cristiana e islámica (Ídem).

Para poder comprender la violencia obstétrica es necesario profundizar en las relaciones de poder con las que hemos sido socializadas y criadas. No solo de las personas que son protagonistas más directas del proceso de embarazo, parto y crianza como son las madres, sino que resulta necesario incluir también a la pareja, las/os amiga/os y los familiares más próximos, siempre y cuando estén presentes. De forma más indirecta, el contexto laboral, socioeconómico y cultural que viven las mujeres. Asimismo, las/os profesionales que acompañan dicho proceso (Brigidi, y Busquets-Gallego, 2019), es decir para abordar la problemática de la violencia contra las mujeres durante la atención al parto es necesaria la comprensión de las estructuras de género. Podríamos definir la violencia de género como:

Toda forma de coacción o imposición ilegítima por la que se intenta mantener la jerarquía impuesta por la cultura sexista, forzando a que la mujer haga lo que no quiere, no haga lo que quiere o se convenza de que lo que fija el varón es lo que se debe hacer. Supone sentirse con derecho a un poder sobre la mujer – abuso de poder– que autoriza a violar, invadir o transgredir sus límites, con el objetivo de vencer sus resistencias y tener control, dominio y posesión sobre ella para conservar el poder en la relación y encarrilarla según sus propios intereses y deseos (Bonino, 2005).

La violencia de género es un fenómeno complejo y supone la articulación de toda una serie de entramados sociales. Johan Galtung (1996), concibe la violencia como un círculo formado por la violencia directa (física), la violencia estructural (en las estructuras sociales e instituciones) y la violencia cultural. Este último tipo formado por aspectos de la cultura y de la esfera simbólica (religión, ideología, arte, lenguaje, ciencias) y se utiliza para justificar o legitimar la violencia directa y la estructural. Así, se trata de un mecanismo de control y subordinación de las mujeres y sirve para mantener el statu quo de la dominación masculina. Es un tipo de violencia que se da contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres. Por ello, la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), celebrada en el año 1993, constituyó un auténtico hito a nivel internacional, pues por primera vez se abordó la violencia hacia las mujeres dentro del ámbito de los derechos humanos:

Artículo 1. A los efectos de la presente Declaración, por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993).

En la misma línea de ideas, el componente estructural es útil para introducir los mecanismos de ejercicio del poder como causantes de procesos de privación de necesidades humanas básicas. En efecto, la injusticia social, la pobreza o la desigualdad, no son fruto únicamente de dinámicas producidas por las relaciones de tipo económico, sino que también pueden ser explicadas a partir de la opresión política utilizando mecanismos tan dispares como la discriminación institucional, legislación excluyente de ciertos colectivos o la política fiscal y de gasto público regresiva, por citar algunos (Boladeras, 2019). El fenómeno estructural (institucional) ha sido reconocido por algunos organismos internacionales y, con relación a la mujer, se han establecido acuerdos relevantes. En 1995 la *Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* denunciaban en el punto 118 del «Anexo II. Plataforma de acción» que:

La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad. La violencia contra la mujer se ve agravada por presiones sociales, como la vergüenza de denunciar ciertos actos (Ibídem).

### **1.2 Conceptualización de la violencia obstétrica.**

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015). La violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Magnone, 2006).

Sadler (2016) establece una clara vinculación de la violencia obstétrica con la violencia de género, destacando que la característica esencial de la violencia contra las mujeres es que se deriva de la desigualdad estructural de género. La definición de violencia obstétrica, además de reconocer el tratamiento deshumanizado, destaca fundamentalmente su dimensión exclusivamente obstétrica, diferenciada de las situaciones de falta de respeto en otros ámbitos sanitarios y busca sus orígenes en el largo periodo histórico desarrollado desde la expropiación del saber femenino por la práctica médica en el siglo XVII hasta el nacimiento de la especialidad médica de la obstetricia en el siglo XIX (Gobernadoras, 2019). Silvia Federici (2010), usando los constructos teóricos ofrecidos por Foucault y tensionándolos en un constante proceso crítico, describe como durante la transición del feudalismo al

capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos de forma paulatina, fundamentalmente en lo que a la sexualidad y la reproducción se refiere. Belly (2013) sitúa la experiencia de la maternidad en el espacio de dominio de la biopolítica afirmando que «la negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto coloca a los profesionales de la salud como los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres». A su vez, Sadler visibiliza el componente estructural de la violencia obstétrica y la distingue de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario, situándola como una cuestión feminista, un caso de violencia de género, puesto que las mujeres, aunque estén de parto, siguen siendo personas sanas y embarazo y parto no constituyen enfermedades, sino que deberían conceptualizarse como eventos sexuales. La violencia obstétrica, debe de ser comprendida y explicada en clave de género, ya que el parto es un evento profundamente relacionado con la sexualidad femenina, tanto que algunos testimonios de mujeres que sufren violencia obstétrica con frecuencia la experimentan e interpretan como un evento equiparable a una violación<sup>3</sup> (Sadler en *Goberna-Tricas*, 2019).

### **a) Violencia obstétrica en América Latina.**

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento de la violencia obstétrica han sido paulatinos (CNDH, 2017). Un evento histórico para la región fue la *Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento*, celebrada en Brasil en el año 2000, donde un grupo cohesionado de activistas, investigadores y profesionales de la salud latinoamericanos se reunieron en respuesta a las altas tasas de intervenciones en el parto y el creciente reconocimiento de abusos hacia el parto de mujeres. La *Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto* (RELACAHUPAN), fue fundada en esta reunión, liderando el debate sobre el derecho de las mujeres a un parto respetado dentro de la región. (RELACAHUPAN, 2019). En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir formalmente el concepto de violencia obstétrica a través de la *Ley Orgánica del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia*, donde la violencia obstétrica, se codifica como uno de los 19 tipos de formas punibles de violencia contra las mujeres y se describe como:

Artículo 15. La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

De acuerdo con esta misma Ley, los actos que la constituyen se encuentran contenidos en el artículo 51 y son:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar innecesariamente a parir en posición supina y con las piernas levantadas.
- Obstaculizar el apego precoz del niño con su madre.

---

<sup>3</sup> La autora Sara Cohen Shabot en su texto: Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence, acuña el término "Birth Rape", violación de nacimiento para referirse a las metáforas que usan las mujeres en trabajo de parto al describir sus experiencias de violencia obstétrica. Para ejemplificar, la autora cita los testimonios de dos mujeres al narrar los recuerdos de su parto: "Fue como una sensación de violación, completamente fuera de control. Mi cuerpo fue totalmente violado. Sentí que a nadie le importaba. Te pones ropa barata y mucho maquillaje y si eres violada, es tu culpa"; "Sentí lo mismo con la cesárea, me estremese el recuerdo de estar atada a la mesa y ser completamente vulnerable a un hombre empuñando un cuchillo" (Cohen, 2016).

- Alterar injustificadamente el proceso natural del parto mediante técnicas de aceleración.
- Practicar el parto por vía de cesárea existiendo condiciones para el parto natural (Ibidem).

Por su parte, Argentina cuenta con dos textos legales relacionados con la violencia obstétrica. Cada uno de ellos se complementa con su respectivo reglamento. Ley 25.929: *Ley de Parto Humanizado* (2004), de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la *Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado* (Díaz y Fernández, 2018:131). De carácter obligatorio en toda la Argentina, tanto en instituciones públicas como privadas, se establece que todas las mujeres tienen derecho a:

- Ser protagonistas de su parto.
- Ser consideradas personas sanas.
- Decidir lo que necesitan en cada momento.
- Ser informadas de todo lo que ocurre.
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos.
- Elegir la posición para parir.
- Expresar sus emociones.
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura.
- Ser respetadas en su intimidad.

Además, la Ley 26.485: *Ley de Protección Integral para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres* (2009):

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Díaz y Fernández, 2018:132).

Otro avance importante es la aportación de la feminista y jurista costarricense Alda Facio (2008) propone doce Derechos Sexuales y Reproductivos que son indivisibles de los Derechos Humanos y que se encuentran insertos en muchos textos legales de todo el mundo. Desde 2014, se han fundado cinco Observatorios de violencia obstétrica liderados por grupos de la sociedad civil, en Chile, España, Argentina, Colombia y Francia, y en marzo de 2016 emitieron una declaración común expresando que la violencia obstétrica ha sido una de las formas más invisibles y naturalizadas de violencia contra la mujer y que constituye una grave violación de los derechos humanos (Sadler, 2016).

### **b) Marco legal de la violencia obstétrica en México**

En México existen dos órdenes de regulaciones relacionadas con la violencia obstétrica. Una de ellas es de carácter federal y la otra es de nivel estatal. El ámbito federal cuenta, desde el año 2007, con la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. Su objetivo es, según declara el artículo 1° de la misma, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Aunque este texto normativo carece de una referencia específica a la violencia obstétrica, en sus artículos 6° y 18 define otras formas de agresión relacionadas con aquella: la violencia psicológica, la violencia física y la violencia que proviene de agentes del Estado y que se denomina violencia institucional. A nivel federal no existe una regulación específica para la violencia obstétrica, aunque existe un proyecto de ley para sancionarla (Díaz y Fernández, 2018:134).

A partir de la «*Convención de Belém do Pará*» de 1994, los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), se comprometieron a tomar las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. México, en virtud de la «*Convención Belém do Pará*», ha pretendido adecuar su legislación interna para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas. Sin embargo, en lo que respecta a la violencia obstétrica, a la fecha no todos los códigos penales de las diversas entidades federativas contemplan el delito en particular. Es precisamente en el año 2010 cuando el *Código Penal del Estado de Veracruz* tipifica por primera vez la violencia obstétrica en México, conceptualizándola en el artículo 369, fracción III como:

El acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y procesos reproductivos (Corral-Manzano, 2019).

El artículo 363 del *Código Penal de Veracruz*, establece que comete el delito de violencia obstétrica 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, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer;
- VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.<sup>4</sup>

En la actualidad, solo los códigos penales de los Estados de Chiapas, Estado de México, Quintana Roo, Guerrero y el ya citado código penal de Veracruz, son los que contemplan como delito a la violencia obstétrica. Por su parte, para el año 2011, el *Código Penal para el Distrito Federal* agregó al artículo 201 la fracción VI, en el cual se sanciona la violencia contra los derechos reproductivos dentro de la violencia familiar, el cual consiste en «toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y esparcimiento de los hijos, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto en los ordenamientos relativos para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia» (Distrito Federal), lo cual, si bien no contemplaría todos los casos en los que se puede manifestar la violencia obstétrica, es un comienzo. Los códigos penales de los Estados de Oaxaca y Coahuila contemplan la misma figura en los mismos términos que en el código penal para el Distrito Federal, ahora Ciudad de México (Corral-Manzano, 2019).

---

<sup>4</sup> Las penas contempladas para el caso de las fracciones I, II, III y IV van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario mínimo; para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario mínimo.

A nivel estatal sólo diez estados han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Se trata de los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo (Díaz y Fernández, 2018). Como en todos ellos el concepto de violencia obstétrica es similar, a continuación, se reproduce sólo una de esas definiciones:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.<sup>5</sup>

Corral-Manzano (2019), documenta que el poder judicial de Veracruz<sup>6</sup> informó que a la fecha no se tiene registro de que se haya celebrado ningún juicio penal en el que el imputado fuera probable responsable de la comisión del delito de violencia obstétrica. Por su lado, el Ministerio Público de la entidad respondió que no tiene registro de haber ejercitado acción penal en función del delito de violencia obstétrica, pero agregan que como han existido en total seis denuncias por hechos constitutivos al delito, pero de las cuales no se ha ejercitado la acción penal. El mismo autor reflexiona sobre la complejidad del problema y sobre la conceptualización de la violencia obstétrica como delito, Corral- Manzano argumenta que la tipificación y criminalización como único medio para la prevención y sanción de este tipo de violencia no es suficiente ni adecuada, ya que puede generar reticencias por parte de los profesionales de salud, de quienes se requiere más bien una participación para poder prevenir esta clase de violencia, cuestión respecto a la cual la criminalización puede lograr el efecto contrario.

Una vez definido el marco conceptual relacionado con la violencia obstétrica, aterrizaremos estos planteamientos en el Caso México, para explicar y justificar como es un problema urgente de atender, así en el siguiente apartado se explicará la situación actual de la violencia obstétrica en Mexico ejemplificando distintas prácticas de violencia.

## **2. PRÁCTICAS CONTEMPORÁNEAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO.**

En México, la atención al nacimiento –embarazo, parto y puerperio– por parte de la llamada biomedicina es relativamente reciente, debido a que anteriormente el parto no era considerado un evento patológico y se le relegaba a un plano “natural” y de mujeres. La “comadre” o “partera” era la encargada de asistir y ayudar a parir. Fue en el siglo XVIII cuando la práctica de las parteras se puso en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, y fue sustituida, progresivamente, por la de los médicos cirujanos parteros. Esta transición de la partería femenina no profesionalizada a la obstetricia, primordialmente masculina, es un proceso inconcluso y complejo, vigente aun en nuestros días (Argüello y Mateo, 2014:14).

El modelo hospitalario de atención al parto ha sido objeto de grandes cuestionamientos. Nancy Stoller, tras estudiar el parto hospitalario en Estados Unidos, le han otorgado diferentes atributos, entre los que destacan su tendencia a la medicalización, su abordaje autoritario y asimétrico, su obsesión por el control

---

<sup>5</sup> Artículo 6 de la Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el Estado de Chiapas México.

<sup>6</sup> Recordemos que anteriormente se mencionó que Veracruz fue el primer Estado a nivel nacional en contemplar la violencia obstetrica como delito (Corral-Manzano, 2010).

tecnológico y la fragmentación de los cuidados (Hernández y Echevarría, 2014). Para caracterizar la situación de México, a continuación, se abordarán tres prácticas recurrentes de violencia obstétrica urgentes de atender a nivel nacional:

- a) Cesáreas innecesarias.
- b) Medicalización rutinaria del parto.
- c) Violencia simbólica de género.

#### **a) Cesáreas innecesarias.**

El modelo biomédico, poco a poco se ha vuelto un procedimiento mecanizado y rutinario, fundamentado en ganancias económicas y reducción de los tiempos, esta forma de atención ha traído graves problemas uno de ellos es el alto índice de cesáreas no justificadas, precisamente es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya en la definición de violencia obstétrica. El número de cesáreas se ha incrementado de forma importante en México, llegando en los últimos años a equipararse casi al número de nacimientos por vía vaginal y convirtiéndolo en uno de los países con mayor número de cesáreas del mundo. La gran mayoría de cesáreas son programadas sin ningún criterio médico, en un país donde la violencia obstétrica en todos los niveles se considera una práctica habitual. Aunque en principio la cesárea es un procedimiento relativamente seguro e indispensable en algunas situaciones, cuando se realiza sin indicación médica presenta mayores tasas de morbimortalidad de madres e hijos que las observadas en los nacimientos por parto vaginal, es decir, los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud. En los últimos años se ha observado un excesivo intervencionismo médico en todos los ámbitos gineco-obstétricos, así como en todos los aspectos relacionados con la maternidad (García, 2015).

Las recomendaciones acerca de cuántos procedimientos por cesáreas son aconsejables para no cometer abusos con este método cambian según las instituciones a las que nos refiramos (García, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15% y la Norma Oficial Mexicana NOM-007<sup>7</sup> establece un máximo de 15% en hospitales de 2º nivel de atención y de 20% en los de 3er nivel. La literatura científica internacional en esta área ha demostrado que cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres (Suárez *et al*, 2013).

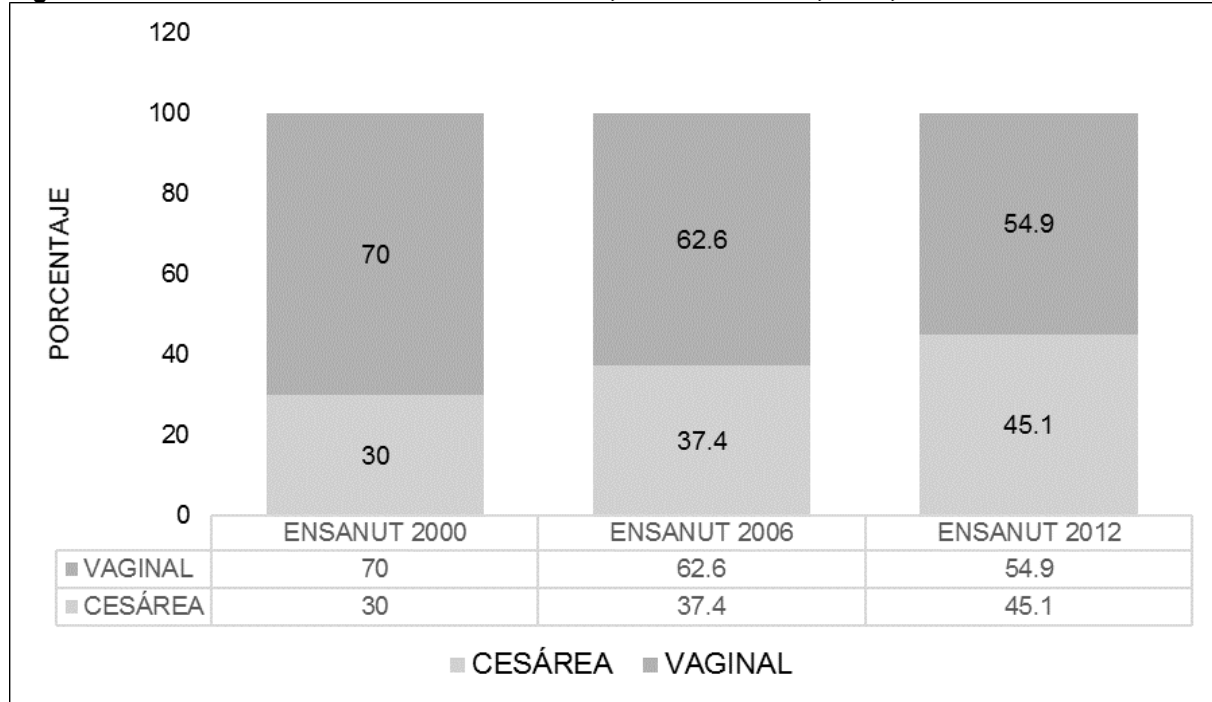
La normalización del nacimiento por cesárea en México es un problema de salud pública (García 2015); en el año 2009, la Secretaría de Salud informó un total de 2,188,592 nacimientos, de los cuales el 41% ocurrió por cesárea. En la siguiente figura podemos observar que en México de acuerdo con la información de las Encuestas Nacionales de Salud existe un incremento en los nacimientos por cesárea de 30% en el año 2000 a 45.1% en 2012, estas estadísticas representan un incremento del 50.3% en últimos doce años (Suárez *et al*, 2013).

---

<sup>7</sup> SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1995.



**Figura A. Incremento de las Cesáreas en México, ENSANUT 2000, 2006,2012.**



\* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

± p< 0.001.

**Fuente:** Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México (Suárez *et al*, 2013).

La autora Elena García Alonso en su artículo: Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México (2015), estudió el número de nacimientos: por parto y cesárea en México a partir de la evolución y pronóstico en el periodo 2008-2013. La autora expone que analizando los certificados de nacimiento y realizando una proyección, el caso de México es particular en este sentido, al presentar en 2013 un total de 46% de cesáreas respecto al total de nacimientos, ubicándose México, pues, a la cabeza mundial del ranking de nacimientos por cesárea, por lo que podemos concluir que en el mediano plazo los nacimientos por cesáreas superen al total de nacimientos por parto en México.

Dentro del sistema de salud se reconoce que un parto natural tiene un menor costo, sin embargo, las cesáreas han aumentado y se justifican con argumentos como la “rapidez del procedimiento” y la “sobredemanda de los hospitales”. Para el año 2012, el porcentaje de cesáreas por institución a nivel nacional fue: Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 67.56%; Petróleos Mexicanos (PEMEX) 60.59%; Secretaría de Marina (SEMAR) 58.89%; Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 38.49%; Secretaría de Salud (SSA) 34.66%; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 32.16%, (vale la pena recordar que lo recomendado por la OMS, es entre 10-15%) (GIRE, 2018). De acuerdo con información del IMSS del mismo año, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización son de \$17, 400 pesos y de \$21, 600 pesos, respectivamente, en tanto que en uno de los hospitales privados más prestigiados de la Ciudad de México estos costos se elevan a \$32, 000 pesos en un parto vaginal y a \$40, 800 pesos en una cesárea. Los costos del hospital privado no incluyen honorarios médicos, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos de anestesia y especiales o equipo láser. El incremento de las cesáreas en México

claramente está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales, un ejemplo de esto es el costo de los nacimientos en clínicas particulares, en estos hospitales los nacimientos se venden como “paquetes de parto sin dolor” que incluye parto programado, suites para el parto, quirófano y cunero, en la clínica privada Ángeles un parto programado por cesárea tiene un costo de alrededor de: \$40,800 pesos. Cabe mencionar que para el año 2012 la tasa de cesáreas en clínicas particulares era de 69.6%.

Diversas razones están asociadas a las cesáreas innecesarias, entre las más mencionadas por la literatura están:

- El tratamiento asociado al mal uso de diferentes intervenciones médicas: como, por ejemplo, uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto [TP], monitorización electrónica fetal de rutina, ruptura artificial de membranas antes del TP activo.
- El concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente.
- Información errónea y sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas. Otro hallazgo relevante obtenido en el estudio es la posibilidad de cesárea cuando las mujeres tienen nivel socioeconómico alto. Este resultado coincide con otros en donde se señala que en las mujeres este estatus la operación cesárea es considerada como una práctica ideal para el nacimiento de un hijo y de ahí su demanda. Se tiene la percepción errónea de que la cesárea es un modo favorable, seguro y rápido para el nacimiento, y no así el parto vaginal, el cual además es percibido por algunos proveedores y mujeres como un “método anticuado”. Dicha percepción posiblemente esté influyendo en el incremento de esta práctica a solicitud materna, argumento que en muchos casos ha sido fomentado por los médicos (Suarez, 2013).
- Falta de preparación y desarrollo de habilidades del personal de salud para ejecutar partos naturales.
- Afán de lucro de los proveedores, como incentivos económicos relacionados con las aseguradoras.

La cesárea cuando se practica de manera rutinaria y no es justificada, puede ser vista como una omisión a la toma de decisiones de las mujeres y por ende una violación a los derechos reproductivos.

Por lo tanto, el aumento de las cesáreas puede considerarse como un proceso en el que las mujeres finalmente reciben menos información y menos opciones y en el que los obstetras se apropian del papel central del parto a expensas de las mujeres. Finalmente, "violencia" es una palabra fuerte, y etiquetar las cesáreas innecesarias como una forma de violencia contra las mujeres podría ser inquietante. Pero para muchas mujeres, una cesárea que podría haberse evitado es una violación de su integridad corporal (Castro, 2019).

#### **b) Medicalización rutinaria del parto.**

Menéndez (1990) plantea que la medicalización consiste en el proceso a través del cual, toda una serie de episodios vitales que hasta en ese momento fueron parte de los comportamientos de la vida cotidiana, se convierten en enfermedades. Es decir, que dichos eventos pasaron a ser atendidos y explicados a través de técnicas y concepciones biomédicas caracterizadas por la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que le otorga la biología. Con su cada vez mayor y más compleja articulación con el mercado, se generan estrategias de publicidad que son subjetivadas y que conforman un biomercado marcado por la compulsión, en el cual el cuerpo y sus procesos serán intervenidos para el lucro. La atención biomédica del parto se ha modificado con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como a

partir de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y la tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención biomédica del embarazo y el parto. Ambos son entendidos como eventos patológicos que requieren vigilancia médica para detectar riesgos. Autoras como Nancy Stoller y Brigitte Jordan, tras estudiar el parto hospitalario en Estados Unidos, han otorgado diferentes atributos al parto hospitalario, entre los que destacan su tendencia a la medicalización, su abordaje autoritario y asimétrico, su obsesión por el control tecnológico y la fragmentación de los cuidados (Hernández y Echevarría, 2014). Algunas investigaciones hablan del “encarnizamiento terapéutico”, que se refiere al uso innecesario de procedimientos médicos y quirúrgicos y que se efectúan básicamente porque se tiene el poder para hacerlo (Ídem).

A nivel nacional diversas investigaciones han documentado tres procesos de violencia obstétrica que se realizan de manera mecánica y rutinaria:

1. **La maniobra de Kristeller:** Es una técnica de obstetricia, usada en las clínicas y hospitales alrededor del mundo, representa un alto riesgo, tanto a la madre como al bebé. Para el caso de México, el uso de la maniobra esta prohibido de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016,<sup>8</sup> “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*”. Aún así, el uso de la maniobra es común entre el personal médico.
2. **La posición ginecológica en el momento del parto:** Numerosos estudios dan cuenta de los beneficios de moverse durante el parto y que la mujer pueda escoger su propia postura. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016,<sup>9</sup> menciona que la mujer tiene el derecho a elegir la posición para parir. Sin embargo, en el hospital únicamente se práctica la posición ginecológica.
3. **La episiotomía sistemática.** La episiotomía es un corte en el periné, supuestamente para evitar desgarros. Pero la evidencia científica actual demuestra que con las episiotomías el riesgo de desgarros de tipo más grave es mayor. También está demostrado que los inconvenientes son mayores que sus beneficios, sobre todo en cuanto al dolor residual. La Organización Mundial de la Salud desaconseja el uso rutinario de episiotomías, pero en México se siguen realizando. Marsden Wagner, exdirector del departamento Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud, define la episiotomía sistemática como una forma de mutilación genital femenina (García, 2018:212).

Se habla de taylorización del parto en el contexto de una sociedad obsesionada por la organización científica del trabajo; esto se observa por ejemplo en la progresiva reducción de los tiempos normales para las fases del parto según los conocimientos científicos disponibles. El contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores

---

<sup>8</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 que en su apartado 5.5.14, a la letra dice: “Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados” (Diario Oficial de la Federación, 2017).

<sup>9</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 que en su apartado 5.5.5, a la letra dice: Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y el control del tiempo, de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado en la que se le despersonaliza (Hernández y Echevarría, 2014). Esta propensión ha significado que el nacimiento se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la mujer gestante se conciba como pasiva y dependiente: es decir “paciente” (Sadler, 2003:9), aspectos que se traducen en recurrentes violaciones de los derechos de las mujeres en los servicios de atención reproductiva. Al igual que otras prácticas realizadas de manera habitual como anestesia epidural sin consentimiento, inducción o aumento de oxitocina no indicado, examen vaginal múltiple y doloroso, amniotomía no indicada o afeitado púbico, exposición innecesaria de partes sexuales en salas de parto comunes, o incluso ligaduras de trompas transcáreas cuando las mujeres no entienden la naturaleza permanente del procedimiento (Castro, 2019).

### c) Violencia simbólica de género.

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que se desarrolla en el campo hospitalario, y que la mayoría de las veces toma el carácter de simbólica<sup>10</sup> para todos los agentes que confluyen en el campo<sup>11</sup>, normalmente es ejercida por un varón, pero también puede ser ejercida por una mujer, pues lo relevante es que la víctima se encuentra en una situación de desventaja en las relaciones de poder. Ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres refirieron que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional (Castro, 2016). En el Derecho Internacional se ha declarado que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos (Díaz y Fernández, 2018). Los actos normalizados de *violencia simbólica* contra las mujeres, entre las evidencias más documentadas se encontraron:

- Negación de los servicios de atención médica.
- No brindar información clara y oportuna sobre los procedimientos que se van a realizar.
- Invisibilizar y cosificar a las mujeres.
- Calificar a las mujeres como incultas, sin saberes e incapaces de participar en los cuidados de su propio cuerpo.
- Responsabilizar y culpabilizar a las pacientes en caso de existir alguna complicación derivada de la atención hospitalaria.
- Maltrato físico y verbal: los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización); Insultos, humillación, tratamiento agresivo y discriminatorio.
- Descalificación e invisibilización hacia la figura del padre durante el nacimiento. Se agrega en la misma línea de pensamiento porque es una práctica naturalizada y reproducida rutinariamente, pero se reconoce que no es un proceso que recaiga directamente sobre el cuerpo de la mujer.

---

<sup>10</sup> La violencia simbólica es aquella que está tan extendida y normalizada que no se reconoce como violencia de tan asumida que la tienen las personas sobre las que recae (Bourdieu, 2000).

<sup>11</sup> En la sociología de Pierre Bourdieu (2000), un campo es un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas, es una red de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen en su existencia y en las determinaciones que les imprimen a sus ocupantes por la situación actual o potencial en la estructura de distribución de poder o capital, y por las relaciones objetivas con las demás posiciones. La noción de campo, en Bourdieu, implica pensar en términos de relaciones.

### 3. EL ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS.

En el campo del debate del derecho, una corriente ha planteado la necesidad de concebir la justicia como una equidad societal, como ejercicio redistributivo de la riqueza. Si hablamos de la salud, esta perspectiva que coloca en primer plano la justicia social busca orientar las políticas de salud hacia la satisfacción de las necesidades diferenciadas de los estratos sociales a partir de un enfoque que considera que, ante necesidades o padecimientos similares, el Estado está obligado a garantizar una atención similar independientemente de la condición laboral o estrato socioeconómico al que pertenezcan los distintos sujetos (Laurell, 2001 en Cerda, 2010).

Como antecedente que enmarcara la importancia del tema, podemos mencionar que de acuerdo con un rastreo hecho por el investigador Roberto Castro, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) han emitido más de 150 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la salud reproductiva en los últimos 12 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios. Por otra parte, de acuerdo a las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha confirmado que del año 2000 al 2012, esta institución recibió 20 740 quejas, de las cuales 2 877 (14%) correspondieron al área de ginecología, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), basándose en el alto número de quejas que ha recibido sobre cuestiones de salud, ha emitido Recomendaciones Generales al respecto. En la primera se insta a diversas autoridades a tomar las providencias necesarias para que cese la violación de derechos humanos de los habitantes de las comunidades indígenas respecto al consentimiento informado en planificación familiar (CNDH, 2002). En la segunda se emiten recomendaciones para que se fortalezcan las condiciones que posibiliten el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud y se eviten los frecuentes abusos que se reportan en esta materia (CNDH, 2009). Recientemente, el 31 de julio de 2017, la CNDH emitió la Recomendación General (No. 31/2017) sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, puntualizando las 28 recomendaciones al respecto de 2015 a 2017, de las cuales en 22 casos se tuvo por acreditada la vulneración al derecho a la vida de la madre o del producto de la gestación. La CNDH resaltó la heterogeneidad en la regulación legal, pues hay estados que, en sus respectivas leyes de acceso de las mujeres a una vida sin violencia, sólo prevén la violencia obstétrica como algún tipo o modalidad de violencia, mientras que otros estados ya la tipifican como delito (Veracruz, Guerrero, Chiapas y Edomex), y sólo Durango la prevé en su Ley General de Salud (CNDH, 2017). Por otra parte, las estadísticas de la CONAMED, confirman que la especialidad médica con mayor número de quejas es la ginecología (Castro, 2016).

Estudiar las prácticas de atención y cuidado de la salud durante el proceso reproductivo, lleva implícita una pregunta en torno a las decisiones tomadas por las mujeres sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Esto nos coloca de inmediato en un campo de indagación respecto al ejercicio de derechos reproductivos o humanos (Berrio, 2013), para comprender este punto primero realizaremos una revisión a los marcos legales internacionales y nacionales y después profundizaremos en el concepto de exigibilidad, como un mecanismo de apropiación y ejercicio de los derechos humanos. De acuerdo con el Informe sobre violencia obstétrica, realizado por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2016), cuando una mujer embarazada es víctima de violencia, uno o varios de sus derechos humanos pueden ser vulnerados. La CNDH (2017), analizó las diversas recomendaciones que ha emitido sobre el tema en los años 2015, 2016 y 2017, en las que concluyó que los derechos humanos que con mayor

frecuencia se transgreden son: protección a la salud, una vida libre de violencia, a la información y al libre consentimiento informado, a la libertad y autonomía reproductiva, a la igualdad y no discriminación, a la integridad personal y a la vida. A continuación, se describe cada uno de los derechos que podrían verse comprometidos de acuerdo con lo establecido en tratados internacionales de derechos humanos.

**Cuadro 6. Derechos humanos relacionados con la atención al nacimiento**

Derecho	Marco legal Internacional
<b>Derecho a la salud</b>	Contenido en tratados internacionales que México ha suscrito, como el PIDESC y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). <sup>12</sup>
<b>Derecho a la integridad personal</b>	Contenido en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).
<b>Derecho a la información</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
<b>Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia</b>	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará).
<b>Derecho a la vida privada</b>	Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

**Fuente:** Basado en el Informe sobre violencia obstétrica del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2015).

Explicando la salud de las mujeres como un asunto de derechos humanos, podemos mencionar que en el marco internacional la atención obstétrica, cuenta con un respaldo normativo que es bastante amplio tanto en el ámbito internacional como en el nacional. En el primero de ellos, se cuenta con la *Convención para Prevenir la Discriminación contra la Mujer* (artículo 12) y con la *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Violencia contra la Mujer*. Ambos convenios consagran el derecho a una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Un instrumento que brinda mucha claridad respecto a las obligaciones adquiridas por el Estado, en relación a sus habitantes en materia de salud, es la Observación General 14. Este constituye un importante documento de referencia puesto que, además de delimitar el contenido operativo del “derecho al más alto nivel posible de salud”, explicita los

<sup>12</sup> Es importante aclarar que dentro de la Constitución Mexicana en su artículo 4to. Solo se faculta el Derecho a la protección de la salud, que a la letra dice: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Algunos de los principios que rigen este derecho constitucional son: accesibilidad, aceptabilidad, calidad y no discriminación. En materia de salud reproductiva, la CEDAW, señala específicamente que los Estados Partes tienen la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, así como de garantizarles servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y posparto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.

aspectos esenciales que pueden ser exigidos al Estado para gozar de este derecho, ejemplos paradigmáticos en este sentido son:

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) resolvió en 2003, por medio de una solución amistosa, el caso de María Mamérita Mestanza contra Perú. María era una campesina de cerca de 33 años y madre de siete hijos, que fue acosada por el sistema de salud para que se esterilizara. Recibió varias visitas en las que personal de salud la amenazaba con denunciarlos a ella y a su esposo ante la policía, y le decían que el gobierno había promulgado una ley conforme a la cual la persona que tuviera más de cinco hijos debería pagar una multa y sería llevada a la cárcel. Finalmente, y bajo coacción, lograron el consentimiento de la señora Mestanza para someterse a una operación de ligadura de trompas. Después del procedimiento, fue dada de alta al día siguiente, aun cuando presentaba un cuadro grave con vómitos e intensos dolores de cabeza. La señora falleció en su casa. La Comisión declaró culpable a Perú y se ordenó una investigación y sanción, una indemnización y que se tomaran medidas para que no se repitieran los casos (GIRE, 2015).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) analizó y resolvió en 2011 un caso en contra de Hungría (Ternovszky contra Hungría), en el que una mujer embarazada quería tener su parto en casa, pero la ley, al no ser muy clara, disuadía al personal de salud de atender partos domiciliarios y de recurrir a la atención de una partera, pues pensaban que los ponía en riesgo de incurrir en un incumplimiento legal. El Tribunal argumentó en favor de la mujer, señalando que favorecer el sistema de salud resultaba discriminatorio y violatorio del derecho a la vida privada y familiar de las mujeres. El Tribunal, además de ordenar una indemnización, afirmó que debía aclararse la legislación como medida de no repetición (GIRE, 2015).

En México, además de los instrumentos internacionales que garantizan el respeto de los derechos humanos, son aplicables otras referencias de legislación nacional que consagran el derecho a la protección de la salud (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, artículo 4), que establecen las medidas que el Estado debe implementar para garantizar este derecho (*Ley General de Salud* y sus distintos reglamentos) y aquellas que definen las características de la prestación de los servicios que el sistema de salud nacional debe otorgar a la población (Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica) (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015:361).

## **CONCLUSIONES.**

Este artículo tuvo como principal objetivo estudiar la violencia obstétrica, a la luz del género y los derechos humanos. A lo largo del texto se mostró la existencia de un marco internacional sólido que protege y garantiza los derechos de las mujeres durante el parto pero a la par se puso en evidencia la crisis contemporánea que vive la atención hospitalaria al parto en México. Un ejemplo es el testimonio de Rosa (parte introductoria de este artículo), en donde podemos identificar prácticas violatorias a los derechos humanos, que van desde: negación de la atención médica; uso de prácticas médicas no recomendadas de acuerdo con la norma oficial (episiotomía, maniobra kristeller); negación de información y de consentimiento. En este sentido, es muy importante visibilizar y nombrar estas historias, lo que vivió Rosa

es un caso de violencia obstétrica y en el país no existe un procedimiento claro de denuncia ante esta situación.

Al respecto podemos mencionar que en la actualidad la violencia obstétrica representa un grave problema a nivel nacional, con un panorama oscuro ya que continua siendo invisibilizada por la legislación nacional, el sistema de salud y la sociedad.

Es importante mencionar que existe un abismo entre las normatividades y la realidad. De acuerdo a Alejandro Cerda (2010), la exigibilidad en salud implica la construcción de polos alternos de poder, es decir de mecanismos de contrapeso en relación a los poderes que cuentan con el mecanismo oficial o que simplemente lo ejercen por la vía de los hechos. Estos procesos de acumulación de fuerza social para demandar al Estado el cabal cumplimiento de los derechos humanos han sido conceptualizados como procesos de exigibilidad. La exigibilidad, puede ser entendida como la acción sociopolítica consistente en demandar a los Estados, a través de distintos mecanismos entre los que se incluyen los judiciales, el cumplimiento de sus obligaciones en relación a los ciudadanos como poseedores de derechos. El desarrollo de estrategias de exigibilidad implica la participación de distintos actores y ciudadanos en el diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas desde una posición de contrapeso crítico que no sustituye ni minimiza las responsabilidades sociales del Estado (Canto, 2012, en Cerda, 2010). Estas estrategias de exigibilidad se plantean incidir tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de las políticas públicas como una forma de pugnar por el cabal cumplimiento de los derechos humanos (Abramovich, 2003 en Cerda, 2010) entre ellos el derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2015 anunciaba en su documento *«Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud»* que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos (OMS, 2015). En este sentido, es urgente entender la complejidad del problema que representa la violencia obstétrica en México, para así abordar las propuestas de solución desde un enfoque de género y derechos humanos:

- Desde el marco jurídico y normativo, se recomienda usar y unificar el término de violencia obstétrica; para denominar una modalidad de violencia contra las mujeres, que se desarrolla en el campo de la atención hospitalaria al parto y que por ende implica una violación a los derechos humanos.
- Abrir la reflexión y el debate entre expertos de diversas áreas de conocimiento sobre la inclusión o no, de la violencia obstétrica como delito penal. Así como hacer las observaciones correspondientes en esta materia.<sup>13</sup>
- Dentro de la Secretaría de Salud, es urgente crear una dependencia de denuncia, de fácil acceso; en la cual las mujeres puedan presentar sus quejas de manera cercana e inmediata. Este organismo también puede hacerse responsable de evaluar que los procedimientos se realicen apegados a las

---

<sup>13</sup> Por ejemplo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), recomienda no penalizar la violencia obstétrica, inclusive eliminar el delito de violencia obstétrica, en los Estados que ya cuentan con esta tipificación (GIRE, 2019).



normas y de ciertos indicadores estadísticos que son necesarios para expresar la urgencia del problema.

- En caso de un acto de violencia obstétrica, consolidar los mecanismos de quejas: primero dentro de mismo sector salud; y en segunda instancia en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para favorecer el acceso a la justicia de las mujeres víctimas.
- Es primordial incluir la formación profesional en género y derechos humanos, de médicos y enfermeras. Además de brindar capacitaciones en las mismas temáticas a todo el personal de salud que tenga contacto con las pacientes (modificación del currículum oculto).
- Capacitar al personal de salud sobre el parto humanizado y técnicas de atención no medicalizadas.
- Garantizar el derecho a la protección de la salud obstétrica así como fomentar que las mujeres embarazadas conozcan sus derechos. Impulsando un mecanismo de exigibilidad, como la creación de una *Ley de Parto Humanizado*, que garantice y divulgue los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto.
- Impulsar y legislar otros modelos de atención al nacimiento, como la partería, ya que representa una opción segura y legítima para la atención en salud materno-reproductiva.<sup>14</sup> La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) y el marco normativo mexicano reconoce este modelo de partería y la recomienda para la atención de partos de bajo riesgo.
- De manera transversal, promover en toda la población mexicana, la educación en género y el conocimiento de los derechos reproductivos como medio para erradicar la violencia contra las mujeres.
- Reconocer e incentivar el trabajo de distintas organizaciones no gubernamentales que velan por el respeto de los derechos humanos de las mujeres en el parto.<sup>15</sup>
- Desde el sector académico, es muy importante incentivar los estudios inter y multidisciplinarios que consoliden la línea de investigación en violencia obstétrica.

*Por la libertad para decidir en nuestros partos,  
por la libertad para decidir en nuestras vidas...*

---

<sup>14</sup> En algunos países el sistema de salud promueve el parto domiciliario bajo la atención de parteras o matronas. Un ejemplo es Holanda, donde la atención a la maternidad centrada en la familia es conocida por su promoción de los partos domiciliarios, asistidos en su mayoría por matronas. El sistema asegurador de salud holandés, con un control centralizado y un comité gubernamental, promueve que las mujeres sin riesgos reciban cuidados de una matrona o un médico general durante el embarazo, utilizando el cuidado especializado sólo cuando se presentan complicaciones. Un volumen importante de mujeres opta por un parto domiciliario con su matrona (o médico general en algunas partes de Holanda). En estos casos se asigna un profesional de enfermería que se desplaza al domicilio y es responsable de los cuidados durante los 8 días posteriores al parto (La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014:64).

<sup>15</sup> En nuestro país existen diversas organizaciones no gubernamentales y asociaciones que trabajan por los derechos reproductivos de las mujeres, por ejemplo: GIRE, Luna Maya Casa de Partos, Nueve Lunas Oaxaca, Asociación Mexicana de Parteras y Parteras de Hoy.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ARGENTINA. (2018). *Ley 25929 parto humanizado*, Decreto 2035/2015. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar>

ARGÜELLO AVENDAÑO, H. MATEO, A. (2014). *Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años*. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, Vol. XII (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037002>

ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

BERRIO, L. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Tesis doctoral. México: Universidad Autónoma Metropolitana UAM-Iztapalapa.

BONINO, L. (2005). *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja*. Recuperado de: [https://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity\\_mens/micromachismos\\_0.pdf](https://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity_mens/micromachismos_0.pdf)

BRIGIDI, S., BUSQUETS-GALLEGO, M. (2019). *Interseccionalidades de género y violencias obstétricas* *Revista Musas*, Vol. 4, (2), pp. 37-52. Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.3>

BOLADERAS, M. (2019). *Violencia institucional por incumplimiento de derechos*. Margarita Boladeras. *Revista Musas*, Vol. 4 (1), pp. 60-76. Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num1.4>

BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, España: Anagrama.

CASTRO, A. (2019). *Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America*. In: *Health and Human Rights Journal*. Recuperado de: <https://www.hhrjournal.org/2019/06/witnessing-obstetric-violence-during-fieldwork-notes-from-latin-america/>

CASTRO, R. (2014). *Génesis y práctica del habitus medico autoritario en México*. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 76 (2), abril-junio, pp. 167-197. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032014000200001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001)

CASTRO, R. (2016). *De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad*. *Revista Salud Colectiva*, vol. 12, núm. 1. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73144643006.pdf>

CERDA, A. (2010). *Procesos de emancipadores y acción colectiva en Salud*. En *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

COHEN-SHABOT, S. (2016). *Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence*. In Hum Stud.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. (2017). *Recomendación de la CNDH 31/2017, de 31 de julio de 2017*.

CORRAL-MANZANO, G. (2019). *El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México*. Revista Musas, Vol.4 (2), pp. 100-118. Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.6>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <http://normasapf.funcionpublica.gob.mx/>

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. (2016). *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*. México: Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación.

DÍAZ, L., FERNÁNDEZ, Y. (2018). *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile*. Revista de derecho (Valáriso), (51). pp. 123-143. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

LAGARDE, M. (2012). *Pacto entre mujeres sororidad*. En: El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

GALTUNG, J. (1996). *Peace by Peaceful Means. Peace and Conflict, Development and civiization*. London: Sage & International Peace Research Institute, Oslo.

GARCIA, M. (2015). *Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México*. Revista Internacional de Éticas Aplicadas, Núm. 18. México: Dilemata.

GARCIA, E. (2018). *La violencia obstetrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral. Universidad de Madrid.

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE). (2015). *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: GIRE. Recuperado de: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

GOBERNATRICES, J. (2019). *Violencia obstétrica: aproximación al concepto y Debate en relación a la terminología empleada*. Revista Musas, Vol. 4 (2), pp.26 Recuperado de: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.2>

FELLITI, K. (2011). *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)*. História, Ciências SaúdeManguinhos, Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138058007>

HERNÁNDEZ, J., ECHEVERRÍA, P. (2014). *La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas*. Revista de Dialectología y Tradiciones Populares. Recuperado de <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/455>

JOJOA-TOBAR, E., CUCHUMBE-SÁNCHEZ, Y., LEDESMA-RENGIFO, J., MUÑOZ-MOSQUERA, M., CAMPO, A., SUAREZ-BRAVO, J. (2019). *Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 51(2), pp. 135-146. <https://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>

MAGNONE, N. (2006). *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización*. Tesis de Maestría. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8256>

MENÉNDEZ, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. En: Sadler, M. (2003), *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del parto hospitalario*. Tesis en Antropología Social. Santiago: Universidad de Chile.

MEZA, A., MANCINAS, S., MENESES, S., MELENDEZ, D. (2015). *Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington: Organización Panamericana de Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102spa.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). (1993). *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Recuperado de: <http://virtual.urbe.edu/gacetitas/38770.pdf>

SADLER, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Tesis de Licenciatura. Chile: Universidad de Chile.

SADLER, M. (2016). *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence*. In: *Reproductive Health Matters*. Vol. 24, (47), pp. 47-55.

SCOTT, J. (1996). *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: LAMAS, M. (2018). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Tercera edición, pp. 265-302. México: PUEG-UNAM.

SUÁREZ, L., CAMPERO, L., LA VARA, E. DE, RIVERA, L.Y OTROS (2013). *Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México*. *Revista de Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a20>