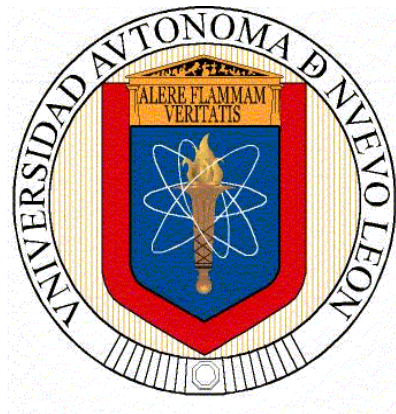


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



TESIS

**“PARA QUÉ SE EMBARAZA SI NO SOPORTA EL DOLOR”.
ESTUDIO SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN DOS
MUNICIPIOS DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY**

**PRESENTA:
SILVIA SOLÍS FALCÓN**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES**

AGOSTO 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



TESIS

“PARA QUÉ SE EMBARAZA SI NO SOPORTA EL DOLOR”.
ESTUDIO SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN DOS
MUNICIPIOS DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY

PRESENTA

SILVIA SOLÍS FALCÓN

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN TRABAJO
SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES

DIRECTOR DE TESIS

DR. HÉCTOR A. MENDOZA CÁRDENAS

CO-DIRECTORA

DRA. ELIZABETH MENDOZA CÁRDENAS

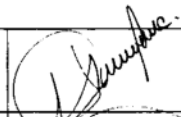
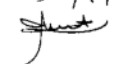
AGOSTO DE 2026

CARTA ACEPTACIÓN DE LA TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la:

Mtra. Silvia Solís Falcón

Hacemos constar que habiendo evaluado la Tesis **"Para qué se embaraza si no soporta el dolor". Estudio sobre la violencia obstétrica en dos municipios de la Zona Metropolitana de Monterrey**, hemos dictaminado que la misma es aprobada, motivo por el cual damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Trabajo Social y Políticas Sociales.

Dr. Héctor Augusto Mendoza Cárdenas	
Dra. Elizabeth Mendoza Cárdenas	
Dra. Emma Alexandra Zamarripa Esparza	
Dra. Laura Karina Castro Saucedo	
Dr. Luis Alberto Mendoza Rivas	

San Nicolás de los Garza N.L. a 20 de julio de 2026

Vo.Bo.



MTS. Reina Hernández Hernández
Subdirectora de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, UANL



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

DEDICATORIA

A mi madre, que aunque ya no está físicamente conmigo, vive siempre en mi corazón.

Este logro también es tuyo, porque tu amor, tus enseñanzas y tu recuerdo me dieron la fuerza para llegar hasta aquí.

Sé que siempre estás conmigo en cada paso.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Ámbitos en donde ocurre la violencia en contra de las mujeres	14
1.3. Las instituciones de salud como espacios en donde se ejerce violencia en contra de las mujeres..	15
1.4. Violencia obstétrica.....	16
1.4.1. Panorama estadístico sobre la violencia obstétrica.....	19
1.5. Problematicación.....	22
1.6. Objetivos	29
1.6.1. Objetivo general	29
1.6.2. Objetivos específicos.....	29
1.6.3. Hipótesis de la investigación	29
1.7. Justificación.....	29
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	32
2. La violencia obstétrica un análisis teórico y conceptual	32
2.1. Violencia institucional en la atención obstétrica.....	32
2.2. Formas en las que se puede ejercer la violencia obstétrica	37
2.2.1. Violencia psicológica y verbal	38
2.2.2. Violencia física.....	42
2.2.3. Violencia sexual	45
2.2.4. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos	46
2.2.5. Discriminación social	47
2.2.6. Negligencia en la asistencia médica	48
2.3. Naturalización de la violencia obstétrica.....	50
2.4. Contexto político de la violencia obstétrica	54
2.4.1. Mecanismos y agentes de control estatal relacionados con la violencia obstétrica y el derecho a la salud	57
2.4.2. Activismo y exigibilidad de derechos	60
2.5. Marco normativo sobre el derecho a la salud: contexto internacional, regional, nacional y local ..	61
2.5.1. Contexto normativo internacional	62
2.5.2. Contexto normativo regional	64
2.5.3. Contexto normativo nacional	65

2.5.4. Contexto normativo estatal.....	70
2.6. La violencia obstétrica y los derechos humanos	71
2.6.1. Derecho a la salud reproductiva	72
2.6.2. Derecho a la integridad y seguridad personal.....	74
2.6.3. Derecho a la información	75
2.6.4. Derecho a la vida privada (intimidad).....	75
2.6.5. Derecho a la igualdad y a la no discriminación.....	76
2.6.6. Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia	77
2.7. Reseña de las intervenciones obstétricas.....	78
2.7.1. Relación médico-paciente	78
2.8. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos que realizan durante la atención obstétrica.....	81
2.8.1. El consentimiento informado en la práctica médica.....	81
2.8.2. El consentimiento informado en la atención obstétrica.....	84
2.8.3. Negligencia médica	86
2.8.4. Masificación de la cesárea.....	90
2.8.5. Tricotomía (rasurado de pubis)	94
2.8.6. Enema evacuante.....	96
2.8.7. Episiotomía.....	98
2.8.9. Uso inadecuado de oxitócicos	102
2.8.10 Realización rutinaria y sin justificación de la amniotomía.....	104
2.8.11. Realización de la Maniobra Kristeller sin justificación.....	106
CAPÍTULO 3. MÉTODO.....	110
3.1. Enfoque y diseño de la investigación.....	110
3.2. Selección de la muestra	111
3.3. Técnica de levantamiento de datos.....	112
3.3.1. El cuestionario	112
3.3.2. Operacionalización de las variables	115
3.4. Aplicación de la prueba piloto y mejora del instrumento.....	116
3.5. Consideraciones éticas	117
3.6. Estrategia para el levantamiento de datos	118
3.7. Proceso para el análisis de los datos.....	118
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	120
4.1. Descripción de la muestra a través de los datos sociodemográficos	120
4.2. Antecedentes gineco-obstétricos	122

4.3. Conocimiento y desconocimiento de la violencia obstétrica entre las participantes.....	126
4.4. Violencia psicológica en la atención obstétrica	129
4.5. Violencia física en la atención obstétrica	132
4.6. Violencia sexual en la atención obstétrica	136
4.7. Discriminación social en la atención obstétrica	139
4.8. Negligencia en la atención obstétrica.....	141
4.9. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos realizados durante la atención obstétrica.....	144
4.10. Percepción de las mujeres participantes sobre la violencia obstétrica	147
4.11. Reflexiones sobre los resultados de la investigación	150
CONCLUSIONES	153
PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN	160
BIBLIOGRAFÍA	163
ANEXOS	175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Realización de la episiotomía.	98
Figura 2. Maniobra de Kristeller.	106
Figura 3. Dimensiones del proyecto de investigación.	111
Figura 4. Tipos de violencia experimentada por las mujeres participantes durante la atención obstétrica recibida durante su último parto.	154

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Maltratos que experimentaron las mujeres mexicanas de 15 a 49 años al ser atendidas durante el último parto, comparativa 2016 y 2021.	20
Gráfica 2. Instituciones de salud con mayores índices de maltrato en la atención obstétrica, 2016.	21
Gráfica 3. Incremento de las cesáreas en México 1997, 2009 y 2014.	92
Gráfica 4. Información sociodemográfica de las mujeres participantes.	121
Gráfica 5. Lugar de origen y municipio de residencia de las mujeres participantes.	122
Gráfica 6. Datos sobre la vida reproductiva de las mujeres participantes.	123
Gráfica 7. Características del último parto de las mujeres participantes.	124
Gráfica 8. Tipo de institución en donde las mujeres participantes fueron atendidas en su último parto.	125
Gráfica 9. Tipo de acciones que las mujeres participantes consideraron actos de violencia.	126
Gráfica 10. Principales formas de maltrato psicológico que fueron experimentados por las mujeres participantes durante su último parto.	130
Gráfica 11. Características de la violencia psicológica experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.	131
Gráfica 12. Principales formas de maltrato físico que fueron experimentados por las mujeres participantes durante su último parto.	133
Gráfica 13. Características de la violencia física experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.	135
Gráfica 14. Principales formas de maltrato sexual que experimentaron las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último parto.	137
Gráfica 15. Características de la violencia sexual experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.	138
Gráfica 16. Principales formas de discriminación social experimentada por las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último parto.	139
Gráfica 17. Características de la discriminación social experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.	140
Gráfica 18. Principales formas de negligencia que fueron experimentadas por las mujeres participantes durante su último parto.	142

Gráfica 19. Características de la negligencia experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.	143
Gráfica 20. Tipo de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos que les realizaron a las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último parto.	145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Formas de expresión de la violencia obstétrica.....	25
Tabla 2. Complicaciones durante el parto, 1997, 2009, 2014.	92
Tabla 3. Aplicación de oxitócicos para acelerar el parto.....	103
Tabla 4. Dimensiones y aspectos a medir.	1123
Tabla 5. Tabla de contingencia relación entre la percepción de la atención obstetrica recibida y motivos atribuidos al maltrato.....	125
Tabla 6. Tabla de contingencia nivel educativo y conocimiento sobre la violencia obstétrica.....	128
Tabla 7. Número de maltratos psicológicos experimentados por las mujeres durante la atención obstétrica en su último parto.	129
Tabla 8. Número de maltratos físicos experimentados por las mujeres durante la atención obstétrica en su último parto.....	132
Tabla 9. Tabla de contingencia le colocaron algún método anticonceptivo o la esterilizaron para ya no tener hijos sin preguntarle o avisarle y número de hijos.	136
Tabla 10. Número de maltratos sexuales experimentados por las mujeres en la atención obstétrica en su último parto.	136
Tabla 11. Número de discriminaciones sociales en la atención obstétrica experimentadas por las mujeres en su último parto.	139
Tabla 12. Número de negligencias en la atención obstétrica experimentadas por las mujeres en su último parto.	141
Tabla 13. Número de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos realizados a las mujeres participantes durante la atención obstétrica recibida durante su último parto.....	144

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta tesis doctoral representa la culminación de una etapa de aprendizaje, reflexión y crecimiento personal y profesional. Este camino estuvo acompañado de desafíos, esfuerzos constantes y múltiples enseñanzas que no habrían sido posibles sin el apoyo, la confianza y la solidaridad de personas e instituciones que estuvieron presentes a lo largo de este proceso. Por ello, deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron, de distintas maneras, a la realización de esta tesis.

En primer lugar, expreso mi agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), por su invaluable compromiso con el impulso a la investigación científica y la formación académica de posgrado en México. Agradezco especialmente el apoyo brindado a través de sus programas de becas, de los cuales tuve el honor de resultar beneficiada, permitiéndome desarrollar y culminar este proceso doctoral.

Agradezco profundamente a la Universidad Autónoma de Nuevo León por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de fortalecer mi formación profesional y académica. Doy gracias a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez, por abrirme las puertas para el desarrollo de este estudio, pero especialmente a las mujeres participantes de esta investigación, por su disposición y colaboración, sin las cuales este trabajo no habría sido posible.

A mi director de tesis, Dr. Héctor A. Mendoza Cárdenas, expreso mi más sincero agradecimiento por su tiempo, dedicación y compromiso a lo largo de este proceso doctoral. Su confianza, apoyo y disposición para compartir sus conocimientos enriquecieron significativamente mi formación profesional y personal. Agradezco a mi co-directora de tesis, la Dra. Elizabeth Mendoza Cárdenas, por su paciencia, disposición y valioso acompañamiento. Sus observaciones, conocimientos y orientación enriquecieron esta investigación. A mi comité de tesis, Dr. Luis Alberto Mendoza Rivas, Dra. Laura Karina Castro Saucedo y Dra. Emma Alexandra Zamarripa Esparza, expreso mi más sincero agradecimiento por su tiempo, dedicación y valiosa retroalimentación. Sus observaciones, comentarios y aportaciones académicas permitieron enriquecer y fortalecer significativamente esta tesis doctoral.

Un agradecimiento especial al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira, quien me acompañó y orientó en las primeras etapas de este proyecto doctoral. Su guía, experiencia y valiosas aportaciones fueron fundamentales para dar dirección y solidez al inicio de esta investigación.

Gracias a mi madre, que aunque no está físicamente, siempre está presente en mi corazón, agradezco a mi familia, por acompañarme con paciencia, su apoyo constante fue una fuente de fortaleza en cada etapa de este proyecto. Doy gracias a la Mtra. Lileana Navarro Elizondo, por motivarme siempre a culminar este proyecto de vida. Gracias a mis amistades que me dieron palabras de aliento durante este proceso.

Finalmente, agradezco profundamente a todas las personas que estuvieron presentes de distintas maneras durante esta etapa. Culminar esta tesis representa no solo un logro académico, sino también el resultado del apoyo, la confianza y el afecto de quienes caminaron conmigo a lo largo de estos años.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia, las mujeres han sido víctimas de diversas formas de violencia, estos maltratos han sido aceptados e inclusive naturalizados por la sociedad. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares que se aplica en México cada quinquenio arrojó en su versión 2021 que 70.1% de las mujeres mexicanas mayores de 15 años y más, han experimentado al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida tanto en el ámbito privado como en el público; los perpetradores han sido desconocidos, familiares, compañeros, amigos, vecinos o incluso el Estado; estas violencias las han sufrido en diversos ámbitos: en el hogar, la escuela, los parques, las calles y en las instalaciones de trabajo (ENDIREH, 2021).

No obstante, Castro y Erviti (2015), mencionan que existen nuevos espacios en donde recientemente se ha hecho visible la violencia que se ejerce en contra de las mujeres; estos autores afirman que las instituciones de salud pública son espacios en donde se han ido visibilizando los maltratos físicos, sexuales, psicológicos, discriminaciones y negligencias que padecen las mujeres durante la atención obstétrica a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto (puerperio). Así mismo, se ha hecho público la masificación de cesáreas y otros procedimientos médicos que se les realiza de forma coercitiva, sin consentimiento informado y que no tienen justificación médica.

Las prácticas violentas que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica, ya sea antes, durante o después del parto, le han denominado violencia obstétrica. Gruenberg (2016) afirma que esta forma de violencia que se lleva a cabo durante la atención de la salud reproductiva ha sido a lo largo del tiempo una de las más comunes y naturalizadas. Sin embargo, constituye una violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en ese sentido, la violencia obstétrica transgrede el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (GIRE, 2015). Este problema social y de salud pública se considera multicausal ya que son diversos factores que pueden influir para que se origine.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó una declaración importante en la que menciona que resulta alarmante el gran número de mujeres en distintos países que han relatado experiencias de violencia que han vivido dentro de las instituciones de salud, a lo largo del embarazo y particularmente en el parto; este mismo organismo indicó que las mujeres dentro de las instituciones de salud han sido violentadas mediante tratos irrespetuosos, ofensivos o negligentes. Dentro de estas prácticas violentas se han hecho evidentes los maltratos físicos, las humillaciones, los maltratos verbales, la esterilización forzada, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, la falta de confidencialidad, el incumplimiento del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes a la privacidad, el rechazo y negación del servicio y la negligencia de las cuales han sido víctimas las mujeres que han acudido a las instituciones a solicitar servicio de salud (OMS, 2014).

La OMS afirma que existen grupos de mujeres más vulnerables y que tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia obstétrica, en ese sentido, pertenecer a un grupo étnico, ser inmigrantes, refugiadas, tener alguna enfermedad de transmisión, la edad o el hecho de acudir a solicitar atención médica por complicaciones de aborto, son algunas de las condiciones que aumentan la probabilidad de sufrir discriminación social, humillaciones o un trato irrespetuoso

y ofensivo; sin embargo, esto no quiere decir, que las mujeres que no tienen estas condiciones estén exentas de sufrir violencia en tales espacios (OMS, 2014).

En el caso de México la ENDIREH (2021), reportó que de las mujeres de entre 15 a 49 años que tuvieron su parto en los últimos cinco años, 31.4% percibió algún tipo de maltrato obstétrico por parte de los profesionales de la salud. Esta encuesta arrojó que los maltratos más frecuentes fueron gritos y regaños, tiempo prolongado para brindarles atención médica, ignoraron las dudas o preguntas que realizaban sobre su parto y fueron presionadas para que se colocaran un dispositivo o para que aceptaran operarse para ya no tener hijos. Siendo las instituciones de salud pública los espacios en donde se presentaron mayores índices de maltrato en la atención obstétrica.

La violencia en contra de las mujeres dentro de las instituciones de salud es un problema social complejo y multicausal, dado que refleja “un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género”. Las causas de la violencia obstétrica pueden ser diversas, por un lado se encuentra la precariedad del sistema de salud; es decir, los médicos tienen largas jornadas laborales y existe poco personal que cubra los turnos, no existen las condiciones necesarias para que el servicio de salud sea de calidad; tales aspectos podrían generar mala calidad en el servicio y en la atención; también se añade “el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, esto aunado a la cultura médica hegemónica” (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2016, p.15).

Por ello, la violencia obstétrica debe ser analizada desde una perspectiva social; en palabras de Castro y Erviti (2015), desde su “génesis social”, por lo que es inaplazable explorar el problema, dado que esta forma de violencia se ha naturalizado e institucionalizado, además de que aún hace falta evidencia que permita definir, medir y comprender las prácticas de violencia que se originan en las instituciones de salud.

Ayala (2021), por su parte sostiene que la violencia obstétrica es un tema que requiere un análisis que aborde la discriminación estructural perpetrada contra la mujer, ya que esta forma de violencia es una de las más naturalizadas en las sociedades, sobre todo por el reduccionismo biológico con el que se visualiza el cuerpo de las mujeres y lo vincula a su condición de género y a su doble condición como madre y mujer. La violencia obstétrica es naturalizada tanto en el contexto de la atención médica, como en el imaginario colectivo, por lo que es parte de una violencia simbólica que pasa desapercibida.

Por lo anterior, la presente investigación fue realizada con el objetivo de analizar las características de la violencia obstétrica del último parto que experimentaron las mujeres que acudieron a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez.

La presente tesis se estructura en cuatro capítulos: en el primer capítulo se muestran los antecedentes y se definen las características de la violencia obstétrica como fenómeno social, se presentan datos teóricos que permiten tener una aproximación a la dimensión del problema, así mismo, se incorporó un panorama estadístico de la violencia obstétrica en México, estos datos duros pretenden mostrar las generalidades del problema y brindar un primer acercamiento cuantitativo en torno a la violencia obstétrica, para ello se tomó como referente las cifras que arrojó la ENDIREH (2016, 2021). Del mismo modo, se expone una revisión teórica que permite

tener un acercamiento de la violencia obstétrica como un problema de salud pública y se muestra una serie de reflexiones que giran en torno a este problema social. En este mismo capítulo se incluyó el planteamiento del problema de estudio, las preguntas de investigación, los objetivos, la hipótesis, así como la justificación e importancia de este tema.

En el segundo capítulo se plantea una revisión teórica de conceptos y definiciones sobre las formas de manifestación de la violencia obstétrica. Cabe mencionar que para dar sustento a esta tesis se utilizaron aportes teóricos desde la perspectiva sociológica, psicológica, política, normativa, feminista que han servido de base para analizar esta forma de violencia. Del mismo modo, para el análisis teórico se retomaron las principales tesis expuestas por diversos autores como: Barbosa y Modena, 2018; Castro y Erviti, 2015; Crespo, Sánchez y Domínguez, 2018; Da-Silva y Santana, 2017; Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cázares, 2017; Soto-Toussaint, 2016; Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2006, entre otros; autores que han abordado el fenómeno de la violencia obstétrica desde diversas disciplinas.

En el capítulo tercero de esta tesis se muestran aspectos relacionados con el método de investigación, como el enfoque y diseño del estudio, se describe la selección de la muestra, la técnica de recolección de los datos que fue utilizada, así como la operacionalización de las variables, también se presenta la estrategia de muestreo y del levantamiento de datos y se incluyen las consideraciones éticas que fueron implementadas durante la recolección de los datos, finalmente, se detalla el proceso empleado para el análisis de los datos. El proceso metodológico desarrollado bajo un enfoque cuantitativo permitió contextualizar y describir de forma objetiva las características y generalidades del fenómeno estudiado.

Seguidamente, el cuarto capítulo describe los resultados obtenidos y se presentan hallazgos que permiten caracterizar la violencia obstétrica que experimentaron las mujeres participantes del estudio. De igual manera, se presentan datos sobre el perfil social de las mujeres. Así mismo, se revelan los resultados que dan respuesta a las preguntas y objetivos de investigación que fueron planteados en esta tesis.

Dentro de esta tesis se anexa un último apartado en donde se plantean las conclusiones generales de este estudio y se formulan una serie de sugerencias y propuestas que podrían ser aplicables para atender de forma integral este fenómeno social.

Se espera que este estudio contribuya a visibilizar las características de la violencia obstétrica, favoreciendo que las mujeres conozcan, identifiquen y reconozcan sus distintas manifestaciones. Con ello, se busca contribuir a la desnaturalización de este fenómeno social, cuyas prácticas han sido históricamente legitimadas y normalizadas, incluso por las propias mujeres.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

El término violencia tiene varias acepciones; la Organización Mundial de la Salud la define como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002:5).

Una de las manifestaciones de la violencia es la que se ejerce en contra de las mujeres. En los últimos años, las diversas agresiones hacia las mujeres se han definido como violencia y, con ello, se han hecho visibles públicamente los tipos de violencia y la forma en la que lesionan su integridad (Torres, 2006).

El comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), en la recomendación general número 19, señala que la violencia en contra de las mujeres se refiere a “todo acto basado en el sexo, que inflige daño físico, mental o sexual; así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad” (ONU, 1992:1).

Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), define a la violencia en contra de las mujeres como: cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el espacio público como en el privado (OEA, 1995).

La violencia en contra de la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra (OEA, 1995).

Lo anterior significa que la violencia en contra de las mujeres puede ser perpetrada en cualquier ámbito y la puede ejercer un sujeto, una institución o el propio Estado.

El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG, 2010) señala que las mujeres pueden experimentar violencia en diversas etapas de su vida. De igual manera, afirma, se manifiesta a través de discriminación, humillación, tortura, golpes, hambre, mutilación, incluso el asesinato (CEAMEG, 2010).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), que se aplicó en México en 2021, arrojó que, 70.1% de las mujeres mayores de 15 años sufrió al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida, en al menos un ámbito de ocurrencia (INEGI, 2021).

Cabe señalar que la versión de la ENDIREH 2016 añadió al instrumento una variable sobre “abuso sexual en la infancia”, esto con la finalidad de tener un panorama estadístico más amplio de la violencia en contra de las mujeres. En ese sentido, se logró identificar que 9.4% de las

mujeres encuestadas por la ENDIREH de 15 años y más sufrieron abuso sexual durante la infancia.

De la proporción de mujeres que experimentaron este tipo de violencia, 6.4% señaló que le tocaron sus partes íntimas o la obligaron a tocar las partes íntimas de otra persona sin su consentimiento; 3.9% sufrió intentos de violación; 3.0% fue forzada a mostrar sus partes íntimas y/o a mirar las partes íntimas de otra persona; 2.5% fue obligada a realizar actos sexuales bajo amenazas o usando la fuerza; 0.8% fue obligada a realizar actos sexuales a cambio de dinero o regalos y 0.8% fue forzada a mirar escenas o actos sexuales o pornográficos como: fotos, revistas, videos o películas pornográficas (INEGI, 2016). Lo anterior permite identificar que, en su mayoría, ninguna etapa de la vida de las mujeres está exenta de violencia.

La conceptualización de la violencia contra las mujeres como un problema social y de salud pública es relativamente reciente y se ha construido progresivamente en el ámbito internacional. De acuerdo con Bosch y Ferrer (2000), desde la década de 1960 este fenómeno comenzó a ser replanteado como una problemática social, en gran medida impulsado por los movimientos feministas que visibilizaron las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres y promovieron su incorporación en la agenda pública.

Un avance significativo a nivel internacional se produjo en 1985 con la creación del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), cuyo objetivo fue apoyar iniciativas de gobiernos y organizaciones de la sociedad civil orientadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres y garantizar la igualdad de oportunidades en el ejercicio de sus derechos económicos, sociales, culturales y políticos (UNIFEM, 2017). A partir de este momento, dicho organismo impulsó la generación de estadísticas e indicadores que permitieran visibilizar las distintas manifestaciones de la desigualdad de género, particularmente la violencia contra mujeres y niñas.

Posteriormente, en 1993, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante la Resolución 48/104 de su Asamblea General, emitió la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, en la que se estableció que la violencia contra las mujeres no constituye un problema de índole privada, sino social, al derivar de relaciones de poder históricamente desiguales que han propiciado su discriminación y limitado su pleno desarrollo (OMS, 2003).

En 1996, la Organización Mundial de la Salud reforzó este posicionamiento al declarar la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública prioritario y en crecimiento a nivel mundial (OMS, 2003). Este reconocimiento contribuyó a consolidar un enfoque integral para su atención, incorporando dimensiones sociales, jurídicas y sanitarias.

Como resultado de estos avances, los organismos internacionales promovieron la implementación de sistemas de monitoreo en los distintos países, con el fin de generar información estadística, dimensionar la magnitud del problema y analizar los ámbitos en los que ocurre la violencia contra las mujeres (UNIFEM, 2017; INEGI, 2016).

En el caso de México, la violencia contra las mujeres comenzó a reconocerse como un problema social hacia finales de la década de 1970, influenciado por los movimientos feministas que impulsaron demandas relacionadas con la despenalización del aborto, la erradicación de la violencia y el reconocimiento de los derechos sexo-afectivos. Según Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2006), estas acciones permitieron visibilizar la problemática en el ámbito público.

La conformación de grupos de apoyo a mujeres víctimas de violencia desempeñó un papel fundamental, ya que no solo brindaron atención directa, sino que también contribuyeron a documentar los primeros registros de maltrato. Esto sentó las bases para el desarrollo de modelos de atención dirigidos a mujeres en situación de violencia y para la posterior institucionalización de políticas públicas orientadas a su prevención y atención.

1.2. Ámbitos en donde ocurre la violencia en contra de las mujeres

Como ya se señaló, la violencia en contra de las mujeres puede originarse en diferentes contextos o ámbitos y manifestarse en diversos tipos de agresión. En ese sentido, la ENDIREH ha buscado analizar las características de la violencia en contra de las mujeres, por lo que la aplicación del instrumento permite obtener datos estadísticos que reflejan la dinámica de las relaciones de pareja en los hogares, los distintos tipos de violencia, así como las experiencias de violencia que han vivido las mujeres en la escuela, en el trabajo, en la comunidad y en la familia.

Aunque la ENDIREH analiza diversos aspectos de la violencia en contra de las mujeres, en este apartado se busca mostrar específicamente los ámbitos de ocurrencia. Por ello, a continuación, se presentan datos estadísticos a escala nacional, que reflejan los espacios en donde las mujeres de 15 años y más han sufrido violencia a lo largo de su vida.

De acuerdo con la ENDIREH (2021), 32.3% de las mujeres mexicanas ha sufrido violencia en el ámbito escolar; de éstas, 16.7% señaló que la violencia que más experimentaron fue la física. De las mujeres que indicaron haber experimentado violencia física, 43.3% señaló que el principal agresor fue un compañero. Asimismo, 16.8% reportó haber sido agredida por un maestro, 13.6% por una compañera y 13% por una persona desconocida dentro de la escuela. En menor proporción, 5.7% identificó como agresor a otra persona de la comunidad escolar, 3.5% a una maestra, 2.5% a un trabajador de la escuela, 1.2% a un(a) director(a) y 0.4% a una trabajadora de la institución (INEGI, 2021).

Las mujeres también han sido violentadas en el ámbito laboral, dado que 27.9% así lo manifestó. Dentro de este contexto, el compañero o compañera de trabajo han sido los principales agresores (34.2%), seguidos del patrón(a) o jefe(a) (21.7%), siendo dentro de las instalaciones de trabajo en donde es más frecuente que se lleve a cabo la violencia (79.9%) (INEGI, 2021). Es importante mencionar que para medir el tipo de violencia que sufren las mujeres dentro del ambiente laboral, el instrumento de medición anexó “la discriminación” como una variable para medir el tipo de violencia que puede manifestarse en este contexto. En ese sentido, la discriminación fue el tipo de violencia que en mayor medida las mujeres han experimentado en el ámbito laboral (21.7%). Las formas de expresión de la discriminación que más se manifestaron fueron: menos oportunidades que un hombre para ascender (10.8%) y menos salario que un hombre que hace el mismo trabajo o tiene el mismo puesto (9.8%).

El ámbito comunitario fue otro espacio en donde las mujeres sufrieron violencia; 45.6% de las mujeres así lo señaló. Los principales agresores han sido un desconocido (72.2%), un conocido (10.8%), el vecino (5.8%), un amigo (4.5%), conductor de transporte público (3.7%), agente de seguridad o policía (1.7%), sacerdote o ministro de culto (0.3%), un militar o marino (0.3%). La violencia sexual es el tipo de violencia que las mujeres más han padecido (67.2%); las manifestaciones se relacionan con piropos groseros u ofensivos, intimidación, acecho, abuso

sexual, violación e intento de violación; las cuales se han originado principalmente en las calles y en los parques (64.8%) (INEGI, 2021).

El espacio familiar¹ es otro ámbito en donde las mujeres sufren violencia. Según la ENDIREH (2021), 11.4% de las mujeres mexicanas ha vivido violencia en el ámbito familiar. La violencia emocional es la que más han experimentado (9.2%). Los principales agresores de este tipo de violencia han sido el hermano o la hermana (23%), el padre (16.1%) y la madre (14%). Sin embargo, en lo que respecta a la violencia sexual, los principales agresores fueron tío(a) (24.8%) y primo(a) (25.3%). La violencia en el ámbito familiar ha ocurrido principalmente en la casa de las mujeres (63.3%) (INEGI, 2021).

Finalmente, 39.9% de las mujeres mexicanas han experimentan violencia a lo largo de su actual o última relación de pareja. La violencia psicológica ha sido la más experimentada por las mujeres a lo largo de su vida (35.4%). La violencia en las relaciones de pareja es una de las menos denunciadas, dado que según la esta encuesta 78.3% de las mujeres indicaron no solicitó apoyo y no presentó una queja o denuncia.

De acuerdo con la ENDIREH, las mujeres manifiestan haber experimentado violencia tanto en el ámbito público como en el privado; los perpetradores pueden ser desconocidos, familiares, compañeros, amigos, vecinos o incluso el Estado; como se ha dicho, los lugares en donde se ejerce la violencia son el hogar, la escuela, los parques, las calles, las instalaciones de trabajo; no obstante, tal y como lo señalan Castro y Erviti (2015), existen nuevos espacios donde recientemente se ha hecho visible la violencia que se ejerce en contra de las mujeres, como las instituciones de salud.

1.3. Las instituciones de salud como espacios en donde se ejerce violencia en contra de las mujeres

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una declaración en la que indica que resulta alarmante el gran número de mujeres que mencionan las experiencias de violencia que han vivido dentro de las instituciones de salud, a lo largo del embarazo y particularmente en el parto (OMS, 2014).

Este organismo indicó que las mujeres dentro de las instituciones de salud han sido violentadas mediante tratos irrespetuosos, ofensivos o negligentes. Dentro de estas prácticas violentas se han hecho evidentes los maltratos físicos, las humillaciones, los maltratos verbales, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (esterilización), la falta de confidencialidad, el incumplimiento del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones fragantes a la privacidad, el rechazo y negación del servicio y la negligencia de las cuales han sido víctimas las mujeres que han acudido a las instituciones a solicitar el servicio de salud (OMS, 2014).

La OMS afirma que existen grupos de mujeres más vulnerables, por lo que es más probable que sean víctimas de violencia dentro de las instituciones de salud. En ese sentido, las mujeres que pertenecen a grupos étnicos, inmigrantes, las que padecen VIH y las que acuden por complicaciones de aborto, son las que, según este organismo, tienen mayor probabilidad de sufrir discriminación, humillaciones o un trato irrespetuoso y ofensivo; esto no quiere decir, que

¹ En lo relativo al ámbito familiar la ENDIREH solo capta la violencia ejercida contra las mujeres en los últimos 12 meses y no a lo largo de la vida.

las mujeres que no tienen estas condiciones estén exentas de sufrir violencia en tales espacios (OMS, 2014).

Para Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2016:15) la violencia en contra de las mujeres dentro de las instituciones de salud es un problema social complejo y multicausal, dado que refleja “un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género”. Estos autores mencionan que algunas de las causas se relacionan con la precariedad del sistema de salud; es decir, los médicos tienen largas jornadas laborales y existe poco personal que cubra los turnos, no existen las condiciones necesarias para que el servicio de salud sea de calidad; tales aspectos podrían generar mala calidad en el servicio y en la atención.

Por otra parte, los autores antes citados indican que otra de las causas puede ser “el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, aunado a la cultura médica hegemónica” (Valdez, y otros, 2016:15). Esto coincide con lo que apuntan Castro y Erviti (2015:252), dado que para estos autores la violencia en contra de las mujeres en las instituciones de salud obedece al “*habitus* médico”, es decir, a las prácticas autoritarias que los médicos van adquiriendo durante su formación profesional y que posteriormente reproducen en el campo de trabajo; de igual forma, añaden que este problema también se debe a el desconocimiento de los derechos de las mujeres en el campo de la salud reproductiva, pero a diferencia de Valdez y sus colaboradores (2016), que indican que este desconocimiento de derechos es por parte del personal de salud, para Castro y Erviti (2015) el desconocimiento es por parte de las mujeres.

Los autores antes referidos llegan a un consenso que indica que es necesario estudiar el fenómeno desde una perspectiva social; en palabras de Castro y Erviti (2015), analizar su “génesis social”. De igual manera, consideran inaplazable explorar el problema, dado que la violencia en contra de las mujeres en las instituciones de salud se ha naturalizado e institucionalizado.

Por su lado, la OMS (2014) manifiesta que, a pesar de que existe evidencia que muestra que las mujeres son víctimas de la violencia en las instituciones de salud, no existe un consenso de cómo definir y medir estas formas de maltrato. Por ello, se requiere de investigaciones que permitan definir, medir y comprender las prácticas de violencia que se originan en estos espacios.

1.4. Violencia obstétrica

Las instituciones de salud constituyen otro espacio donde se ejerce violencia en contra de las mujeres, en ese sentido, la mala atención y las prácticas médicas violentas han sido conceptualizadas como violencia obstétrica; Gruenberg (2016) menciona que la tipificación de esta forma de violencia hacia las mujeres es reciente y a nivel internacional solamente tres países la han incluido en sus marcos jurídicos, entre estos se encuentran Venezuela, Argentina y México. El primer país que incorporó el concepto de violencia obstétrica en sus leyes fue Argentina en 2004, este concepto se incluyó en la Ley de Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida; el segundo país que adicionó esta forma de violencia en su marco normativo fue Venezuela, por lo que en 2007 se agregó este concepto a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

En el caso de México existe un orden de carácter federal y otro de carácter estatal, a nivel federal en 2007 se estableció la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), esta normatividad tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar

la violencia contra las mujeres; no obstante, esta normativa federal carece de una conceptualización de violencia obstétrica, sin embargo, a nivel estatal cada entidad federativa ha ido adoptando y modificando sus marcos normativos de acuerdo a sus necesidades sociales (Secretaría de Salud, 2010). Es importante referir que a nivel federal diversos partidos políticos han realizado iniciativas para agregar el concepto en la LGAMVLV en 2013, 2014 y 2015, con el propósito de incorporar el concepto de violencia obstétrica, dichas propuestas han sido desechadas (GIRE, 2015), por lo que hasta el 2023 se carece del concepto en este marco normativo federal.

La iniciativa más reciente para agregar el concepto en la LGAMVLV, a escala nacional, fue realizada en 2017. Según GIRE (2015), la propuesta surgió en atención a las recomendaciones realizadas por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y a partir de diversos análisis a los marcos normativos y la revisión de diferentes investigaciones académicas que muestran la violencia sufrida por mujeres en la prestación de servicios de salud obstétrica. Esta iniciativa propone definir a la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que les generen una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros (Grupo Parlamentario de Morena, 2016).

A pesar de que en el ámbito federal se han realizado diversas iniciativas de Ley para incluir la violencia obstétrica dentro de la LGAMVLV, esto aún no se ha logrado.

Cabe referir que el interés por investigar este problema social inició en 2020, la revisión realizada durante ese periodo permitió identificar que solamente 17 estados de la República habían incorporado el concepto a sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, sin embargo, del 2020 al 2022, 10 estados más lo han agregado a sus marcos normativos, el Estado de México, San Luis Potosí, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Yucatán, Coahuila, Baja California y Sonora son los estados que añadieron el concepto recientemente.

Por lo anterior, al 2026 son 28 entidades que han incorporado esta forma de violencia en su normatividades, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Tabasco son las cuatro entidades que aún no lo han adicionado. Sin embargo, una de las críticas a señalar es la inexactitud con la que estos estados han anexado este concepto al marco legal, ya que en su mayoría no se describen con precisión las conductas prohibidas que constituye la violencia obstétrica, ni las sanciones aplicables a dichas conductas.

La revisión de estos documentos permitió detectar que la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Sonora (2022) se considera la más completa, ya que en ella se describen cuáles son los actos que se consideran violencia obstétrica, además instituye aspectos que deben cumplirse en materia de prevención y erradicación de este problema social, del mismo modo, refiere las obligaciones que le corresponden a la Secretaría de Salud Pública, así mismo, añade que el personal médico y de enfermería de los hospitales públicos y privados deberán capacitarse y certificarse anualmente en materia de prevención, atención y erradicación de caso de violencia obstétrica, y cuando la Secretaría de Salud Pública advierta que un médico o enfermero no cuente con la capacitación y certificación correspondiente, deberá sancionar

con una multa equivalente de 50 a 100 días de salario, otro aspecto importante es que esta ley establece que los hospitales públicos y privados deberán contar con un módulo especial para la recepción de denuncias.

No obstante, de que 28 estados de la República han incorporado el concepto a sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, solamente Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán han tipificado la violencia obstétrica como delito en sus códigos penales. En el código penal del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, la violencia obstétrica se adicionó como delito en 2010, en Chiapas entró en vigor en 2014, en Estado de México en el 2016, en Guerrero en el 2017, en Quintana Roo en el 2017, en Aguascalientes en el 2018, en Yucatán en el 2019, en Puebla en el 2020, en Morelos y Baja California en el 2023 y en Baja California Sur en el 2024.

En el caso específico de Nuevo León, el 23 de octubre de 2019, se adicionó a la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia el concepto de violencia obstétrica que la define como:

Toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, que les 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, mediante:

- a. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas;
- b. No otorgar información suficiente sobre los riesgos de la cesárea de conformidad con la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud;
- c. Revisiones y prácticas de salud que consideren personal adicional no necesario;
- d. La imposición de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; en caso de ser menor de edad o que sufran alguna discapacidad mental, de sus padres o tutor;
- e. La práctica del parto vía cesárea existiendo posibilidad para efectuar parto natural y sin haber obtenido la renuncia voluntaria expresa e informada a la mujer de esta posibilidad;
- f. 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;
- g. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o amamantarlo inmediatamente al nacer;
- h. Promover fórmulas lácteas en sustitución de la leche materna;
- i. No realizar las gestiones necesarias para que las mujeres que hubieren sufrido un aborto involuntario reciban la debida atención médica y psicológica; y
- j. Todas aquellas previstas por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Congreso del Estado de Nuevo León).

A pesar de que la conceptualización de la violencia obstétrica es relativamente reciente, en este estudio se propone la siguiente definición operativa de violencia obstétrica: *Cualquier acción u omisión cometida por personal médico o administrativo a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto, que afecte a las mujeres de forma física, mental o moral, que atente*

contra sus derechos reproductivos, las dañe, las denigre o las lastime o que ponga en riesgo los procesos naturales del parto e incluso la vida de las mujeres, la del producto o la del recién nacido.

1.4.1. Panorama estadístico sobre la violencia obstétrica

En esta investigación los datos duros pretenden mostrar las generalidades del problema y brindar un primer acercamiento cuantitativo en torno a la violencia obstétrica.

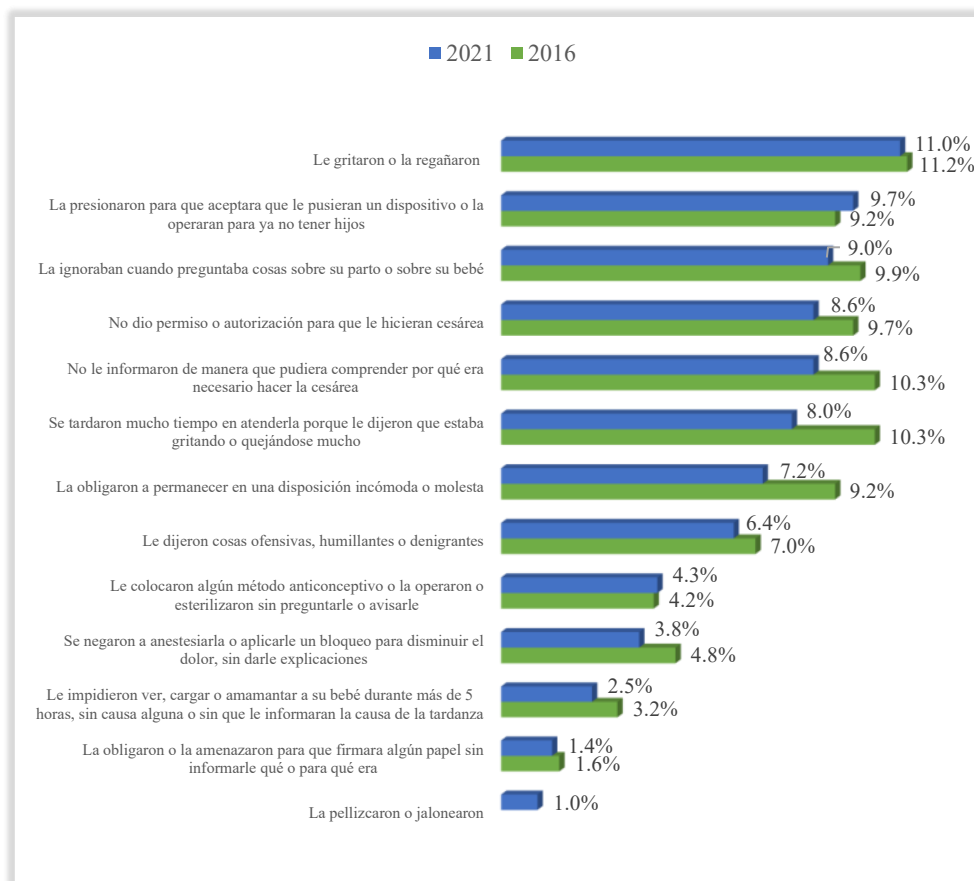
Los datos estadísticos que a continuación se muestran fueron retomados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) la cual fue aplicada en México en 2016 y 2021, cabe referir que la edición 2016 fue la primera versión que incorporó la medición de la atención obstétrica, temática que en las ediciones previas no se había contemplado, de igual manera, la versión 2021 incorporó variables para medir esta forma de violencia contra las mujeres.

Los datos que arrojó la ENDIREH 2016 muestran que en México, 33.4% de las mujeres de entre 15 a 49 años que tuvieron su parto en los últimos cinco años, percibieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron durante el mismo, mientras que en 2021, 31.4% de las mujeres indicó haber experimentado maltrato obstétrico; como se puede observar existe una disminución del 2%, sin embargo, se debe considerar que esta forma de violencia puede ser una de las más naturalizadas, lo cual podría incidir en la no identificación de los maltratos, así como en los bajos reportes al momento del levantamiento de la encuesta.

La ENDIREH indicó que las probabilidades de sufrir violencia aumentan en las mujeres que tienen de 15 a 24 años, dado que en 2016, 37.7% de mujeres entre ese rango de edad experimentaron maltrato obstétrico, mientras que en 2021, 35.5% fueron víctimas de esta forma de violencia. Esta encuesta también reportó que en 2016 las entidades que presentaron mayor proporción de violencia obstétrica en el país fueron: Estado de México (39.5%), Ciudad de México (39.2%), Tlaxcala (37.7%), Morelos (37.2%) y Querétaro (36.9%). Mientras que en 2021 las entidades con mayor prevalencia fueron San Luis Potosí (38.9%), Tlaxcala (38.5%) y Ciudad de México (38.5%).

Esta encuesta en ambas versiones ha mostrado algunas de las situaciones de violencia obstétrica que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto. Entre los maltratos más frecuentes se identificaron: los gritos y regaños, el tiempo prolongado que tardaron para brindarles atención médica, ignorar las dudas o preguntas que realizaban sobre su parto, la presión que recibieron para que se colocaran un dispositivo o para que aceptaran operarse para ya no tener hijos, entre otras (gráfica 1).

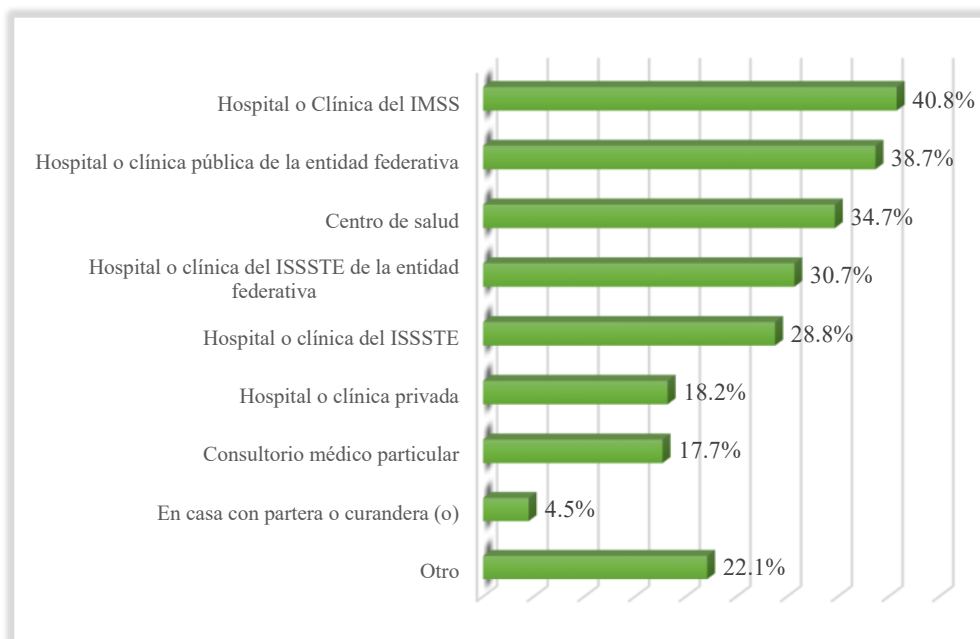
Gráfica 1. Maltratos que experimentaron las mujeres mexicanas de 15 a 49 años al ser atendidas durante el último parto, comparativa 2016 y 2021.



Fuente: INEGI, 2016 y 2021.

La ENDIREH aplicada en 2016 reportó las instituciones a las que acudieron las mujeres durante su último parto. Los datos muestran que las instituciones de salud en las que hubo mayores índices de maltrato en la atención obstétrica fueron: Hospitales o clínicas del IMSS (40.8%), hospitales o clínicas públicas de la entidad federativa (38.7%), centros de salud (34.7%), hospitales o clínicas del ISSSTE de la entidad federativa (30.7%), hospitales o clínicas del ISSSTE (28.8%), hospitales o clínicas privadas (18.2%), consultorios médicos particulares (17.7%), en casa con partera o curandera(o) (4.5%), y otros (22.1%) (gráfica 2).

Gráfica 2. Instituciones de salud con mayores índices de maltrato en la atención obstétrica, 2016.



Fuente: INEGI, 2016.

Estos datos permiten identificar que existe una diferencia porcentual considerable (23%) entre la violencia que se recibe en hospitales públicos y en los privados o en clínicas privadas; las evidencias estadísticas indican que en los hospitales privados el maltrato obstétrico también se produce, pero en menor medida; esto se puede deber a que en los hospitales privados los servicios tienen un costo, por lo que el personal que atiende está obligado a brindar buena atención obstétrica. Esta situación es diferente para las mujeres que acuden a recibir servicios obstétricos en hospitales públicos.

Dado que la violencia obstétrica en contra de las mujeres hoy en día es evidente, esta forma de violencia ha sido objeto de investigaciones recientes. Dichos estudios han arrojado datos cualitativos y cuantitativos que indican que las mujeres frecuentemente son maltratadas en las instituciones de salud pública, a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto.

Algunos estudios han analizado y debatido teóricamente el concepto de violencia obstétrica (Barbosa y Modena, 2018, Secretaría de salud, 2010); Otras investigaciones, de corte cuantitativo y cualitativo se han realizado con la finalidad de analizar y caracterizar los tipos de violencia que han padecido las mujeres en las salas de parto (Crespo et al 2018; Da-Silva y Santana, 2017; Soto-Toussaint, 2016; Valdez et al, 2016). Otras más, desde un enfoque cuantitativo han buscado conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la existencia de violencia obstétrica (Figueroa et al, 2019).

Castro y Erviti, en 2015, realizaron un estudio con enfoque mixto, el cual analizó la violencia obstétrica desde la perspectiva de la práctica médica autoritaria. Asimismo, buscó “establecer la conexión entre el habitus médico, su génesis social y la violación de derechos de las mujeres en el campo de la salud reproductiva” (Castro y Erviti, 2015, p. 252). En ese sentido, se puede decir que existen estudios que se han realizado de forma reciente consideran que en la actualidad

la violencia obstétrica se ha convertido en un problema que compete a la sociedad en su conjunto.

1.5. Problematicación

De acuerdo con Castro (2014), la violencia obstétrica cada vez se ha hecho más evidente dentro de las instituciones de salud, especialmente en los hospitales públicos. Lo anterior coincide con lo que señalan Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2016), quienes afirman que existen evidencias empíricas que muestran los abusos y maltratos que sufren las mujeres en las salas de parto de los hospitales públicos. Según Barbosa y Modena (2018) existe un factor que torna más vulnerables a las mujeres para sufrir violencia obstétrica. Este es el factor económico, dado que la precariedad propicia que las mujeres acudan a solicitar servicios médicos de muy bajo costo a las instituciones de salud pública, los cuales suelen carecer de calidad.

Montaño (2005) afirma que existe una diferencia entre la calidad de los servicios públicos y los privados a los que accede la población. Los primeros otorgan un servicio de muy bajo costo y por lo tanto brindan una calidad precaria, por lo que los que acceden a este servicio son ciudadanos con falta de recursos económicos. Mientras que los segundos brindan buena calidad, pero los que pueden acceder a este servicio son ciudadanos de solvencia económica.

De acuerdo con Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez (2015) el bajo costo financiado por el Estado de los servicios guarda una relación directa con una mala calidad de la atención. Del mismo modo, es preocupante que la mayoría de las muertes maternas ocurren por causas atribuibles a la calidad y atención precaria. Para estos autores, las deficiencias en la calidad de la atención abarcan tres dimensiones: la técnica, la de accesibilidad y la de trato.

El aspecto técnico se refiere a “la realización de intervenciones inadecuadas o inapropiadas, ya sea por deficiencias en las competencias desarrolladas por el personal médico o carencias en la infraestructura”; la accesibilidad se relaciona con “los obstáculos en el interior de los establecimientos para brindar una atención médica oportuna, incluye demoras e incluso negativas para otorgar servicio”; la dimensión de trato alude a “los distintos tipos de maltrato (físico, verbal y sexual) y las violaciones a la autonomía de las usuarias (por ejemplo, realización de procedimientos médicos sin consentimiento)” (Meza y otros, 2015:361).

Meza y sus colaboradores (2015:361) señalan que en México existen grandes fallas en las instituciones de salud pública y que hacen evidente la mala calidad técnica, administrativa y de trato que se brinda a las mujeres que acuden a solicitar servicios relacionados con la salud materna. Barbosa y Modena (2018:8) sugieren que esto afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, dado que ellas se convierten en usuarias de un servicio de bajo costo y, como afirma Montaño (2005), de dudosa calidad. Estos autores añaden también que las mujeres de minorías étnicas y las de baja instrucción escolar están más expuestas a los abusos de poder institucional, así como a las arbitrariedades de poder de los profesionales de la medicina.

Como ya se mencionó con antelación, Castro (2014), ha denominado “habitus médico autoritario” a este abuso y maltrato obstétrico que ejerce el personal de salud. Para este autor la condición económica es uno de los elementos que favorece la reproducción del habitus. Por lo tanto, las mujeres que no tienen posibilidades de pagar servicios privados se convierten en grupos de mayor vulnerabilidad y pueden ser más fácilmente víctimas de estas prácticas violentas y autoritarias.

Guerrero, Hernández, Hernández y Aragón (2019:30) mencionan que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de 2002 al 2017 reportó 3,090 quejas de mala atención que corresponden al área gineco-obstétrica. Del total de quejas, 2,477 (81.1%) provienen del sector público. Los principales motivos de las quejas fueron: 21.5% por mala relación médico-paciente, 20.4% por problemas al realizar el diagnóstico, 19.9% por mal tratamiento quirúrgico, 18.5% por inadecuado tratamiento médico, 9.2% por mala atención al parto y el puerperio, 5.9% por deficiencias administrativas y 3.4% por accidentes e incidentes.

Por otra parte, estas quejas manifiestan la gravedad del daño que ocasionaron a las usuarias, de las cuales 225 (7.3%) tuvieron daño permanente, 212 (6.9%) murieron, 203 (6.6%) tuvieron daño psicológico, sin daño físico y a 132 (4.3%) les propiciaron daño físico temporal (Guerrero y otros, 2019:30).

Es importante mencionar que existen entidades en México que presentan una mayor proporción de casos de violencia obstétrica; esto no quiere decir, que en otros estados de la República Mexicana las mujeres no sufran esta forma de violencia (INEGI, 2016). Algunos estados ya han considerado que la violencia obstétrica es un problema social, lo que ha propiciado, como ya se dijo, que incorporen el concepto a su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y a sus códigos penales; asimismo, ha favorecido para que se realicen investigaciones que permitan lograr un acercamiento al fenómeno (GIRE, 2015).

En el estado de Morelos, Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas realizaron en 2012 un estudio cuantitativo en dos hospitales públicos. Para ello encuestaron a 512 mujeres, inmediatamente después del parto, que habían parido un hijo o hija vivo o muerto, a través de cesárea o de parto natural. La investigación se realizó con el objetivo de identificar cuál es el personal de salud que ejerce con mayor frecuencia violencia en contra de las mujeres. Del total de mujeres que percibieron violencia obstétrica, 40% manifestó haber sido violentadas por las enfermeras, 30% indicó que la violencia fue ejercida por las médicas y 30% señaló que fueron maltratadas por los médicos (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2016).

Como se mencionó, el estado de Nuevo León se ubica entre los estados que presentan menor proporción de violencia obstétrica (INEGI, 2016). No obstante, es importante señalar que no se encontraron evidencias de estudios que se hayan realizado en esta entidad y que analicen la violencia obstétrica que pudieran haber experimentado las mujeres.

Por lo anterior, se considera necesario realizar estudios que analicen las características de esta forma de violencia en Nuevo León, dado que, según Barbosa y Modena (2018), la justificación y naturalización del maltrato en la atención obstétrica es una de las causas por la cual las mujeres no la identifican, ni la perciben como violencia. Ello, puede propiciar que las mujeres no la reporten en el momento de la entrevista y, por lo tanto, esta entidad no figure entre los estados con mayor proporción de casos de violencia obstétrica.

Aunque existen diversas manifestaciones de violencia obstétrica, una de las principales preocupaciones es que, según Barbosa y Modena (2018), es frecuente que las mujeres no logren distinguir si sufrieron o no violencia, dado que existe una “pasividad y confianza en los profesionales de la salud”. Asimismo, señalan que, durante el proceso obstétrico, existe una fragilidad física y emocional que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad, por lo que terminan “aceptando los procedimientos sin ningún cuestionamiento, no expresan sus deseos, sus dudas y, en silencio, sufren sin al menos tener conocimiento de que fueron violentadas” (Barbosa y Modena, 2018:9).

La pasividad y docilidad de las mujeres, así como el desconocimiento de sus derechos, permite que el personal médico imponga su autoridad, sus comentarios despectivos, sus normas y valores morales, así como la decisión de lo que consideran que es mejor para ellas (Barbosa y Modena, 2018:9). Esta autoridad y prácticas violentas pueden ser ejercidas tanto por médicas, médicos o enfermeras como por cualquier persona que labore dentro de las instituciones de salud, y son diversas maneras en las que se puede expresar (tabla 1) (OMS, 2014; Barbosa y Modena, 2018; Secretaría de Salud, 2010).

Tabla 1. Formas de expresión de la violencia obstétrica

Procedimientos médicos, rutinarios, sin consentimiento o coercitivos	Violencia psicológica y verbal	Violencia física	Violencia sexual	Discriminación social	Negligencia en la asistencia
Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto, cuya exclusión es recomendada en caso de no existir una indicación médica precisa. Aquí se incluyen las acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer y de los hijos/as y que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos.	Frases expresadas en el trabajo de parto y que son referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor. Trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, en donde es evidente el maltrato psicológico, el cual se acompaña de una profunda humillación y maltrato verbal.	Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, sin control y mediante la utilización de la fuerza física excedida y sin tomar en cuenta el dolor de las pacientes. Realizados con la finalidad de facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes, pero sin justificación médica.	Realización de toques sin consentimiento de las mujeres y sin justificación médica.	Rechazo de la admisión en centros de salud y discriminación por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos.	Descuido de precauciones y no brindar atenciones calificadas para atender a las mujeres antes, durante y después del parto.
Procedimientos rutinarios y no siempre indispensables: Rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; administrarle agua / glucosa a las/os niños amamantados; realizar la ligadura y el corte del cordón de manera temprana. Realización rutinaria y sin justificación de la amniotomía ² .	Expresión de la violencia psicológica: Amenazas, constreñimiento, ignorarlas y minimizar su dolor, discurso autoritario y hostil, chantajes, intimidaciones hacia las pacientes, culpabilizar a las mujeres por situaciones de sufrimiento durante el parto (dificultad para pujar en el periodo de expulsión), manifestar la incapacidad de la mujer para parir.	Expresión de la violencia física: Golpes en las piernas, pellizcos, realización de toques vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía ³ , realización de cesáreas innecesarias, falta de manejo adecuado del dolor (antes, durante y después del parto), realización de procedimientos sin hacer uso de anestesia (raspado, retirado manual de la placenta, sutura, parto por cesárea), contención física de las piernas y los brazos durante el parto normal o cesaria y maniobra de Kristeller ⁴ .	Expresión de la violencia sexual: Descuidar el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y los partos ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas, con listones rotos, que exponen sus glúteos y sus genitales. Realización de toques vaginales sin guantes, manipulación genital de forma grosera y sin respeto, toque en el cuerpo, vaginal o rectal sin consentimiento de las mujeres. Mantener a las mujeres semidesnudas frente a la presencia de extraños, mantener a las mujeres con las piernas abiertas y levantadas y con los genitales	Expresión de la discriminación social: Estigma, prejuicio o tratamiento diferencial por aspectos de raza, etnia, color, condición social, estrato económico, estado civil, preferencia sexual, religión, nivel educativo. Retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.	Expresión de la negligencia: Asistencia indiferente, abandono y no atención adecuada de las pacientes, denegar la atención a mujeres consideradas “quejas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “poco colaborativas”, “cuestionadoras”. Postergar o negar la asistencia a mujeres que acuden por situaciones de aborto.

² La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

³ La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en algunas mujeres que viven un parto vaginal por primera vez (Berzaín y Camacho, 2014).

⁴ La maniobra Kristeller consiste en hacer presión del fondo uterino en el período expulsivo (Becerra y Failoc, 2019).

expuestos sin justificación
médica.

Restricciones dirigidas hacia las madres: separar a las madres de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado, ayuno prolongado, sin ingerir líquidos y sin indicación médica, ni permanecer con sus hijas/ os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones, ni recibir visitas de familiares; la insistencia en su confinamiento institucional.

Expresión de la violencia verbal: gritos, humillaciones, frases groseras, con faltas de respeto, coercitivas, vejatorias, discriminatorias, moralistas, comentarios críticos, irónicos y negativos.

Limitación y falta de atención en el trabajo de parto: la falta de atención de las madres y la restricción de la posición materna horizontal (litotomía) en el trabajo de expulsión; el dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.

Fuente: OMS, 2014; Barbosa y Modena, 2018; Secretaría de Salud, 2010.

El abuso del personal en las instituciones de salud es una práctica continua, naturalizada y que se manifiesta de diversas formas (Valdez y otros, 2016). Los procedimientos quirúrgicos y médicos rutinarios, con frecuencia suelen ser sin consentimiento y coercitivos (Barbosa y Modena, 2018:9). En el caso de la cesárea, como ya se señaló, en México este procedimiento sobrepasa el promedio ideal que indica la OMS. En ese sentido, la Secretaría de Salud (2010:8) menciona que a las mujeres se les convence de que acepten la cesárea, pero no es “frecuente que se les informe del dolor, ni de los posibles riesgos, alteraciones y daños, tanto para ellas, como para la o el recién nacido”.

Asimismo, este organismo señala que “una proporción importante de cesáreas realizadas en las instituciones de salud, se practican para facilitar la práctica de internas/os y residentes” (Secretaría de Salud, 2010:8). Lo anterior resulta alarmante, dado que las mujeres son utilizadas como medios para obtener el aprendizaje de los residentes; “esto es un elemento tabú del cual nunca se habla, pero que se encuentra presente en hospitales institucionales con tasas de cesárea superiores a lo recomendado por la OMS” (Secretaría de Salud, 2010:8).

De acuerdo con Valdez y sus colaboradores (2016), los médicos deben realizar la operación cesárea sólo como último recurso y solamente cuando está en peligro la vida de la madre o del hijo (a). Sin embargo, esta práctica está naturalizada e inclusive es realizada como una práctica de aprendizaje.

Las mujeres en las salas obstétricas de los hospitales públicos están expuestas a diversos tipos de maltrato. Algunas son separadas de sus recién nacidos y los médicos retardan “durante horas el apego inmediato y la lactancia, sin alguna justificación médica”. En otros casos, cuando las mujeres terminan su labor de parto, los médicos realizan maniobras manuales para realizar la expulsión de la placenta, esto lo hacen sin anestesia, por lo que producen en las pacientes fuertes dolores en la cavidad uterina (Barbosa y Modena, 2018:6).

Barbosa y Modena (2018:6) mencionan que en las salas obstétricas con frecuencia se pueden observar situaciones que reflejan la violencia que viven las mujeres parturientas. Algunas se encuentran semidesnudas en presencia de extraños; otras están solas, sin presencia de algún familiar, en un escenario de dolor; en otros casos se les observa en posición de sumisión total frente a los médicos, practicantes y enfermeras, mientras que otras que todavía no están en labor de parto se encuentran con piernas abiertas, levantadas y con sus genitales expuestos.

Estos autores indican que a menudo el personal médico no escucha a las mujeres, por lo que se minimizan su dolor. Asimismo, como ya se señaló, sufren humillaciones, regaños, gritos, frases intimidatorias, les limitan el derecho a expresar sus emociones y el dolor que produce el proceso natural del parto; en otras palabras son víctimas de violencia verbal y psicológica (Barbosa y Modena, 2018; Valdez y otros, 2016).

Por otra parte, el tacto vaginal es uno de los procedimientos que los médicos ejecutan para evaluar y dar seguimiento a la dilatación del cuello uterino de las mujeres; de acuerdo con la OMS, se recomienda realizar esto en intervalos de cuatro horas (OMS, 2019). A pesar de ello, Valdez y sus colaboradores (2016) señalan que el número de tactos vaginales efectuados por los médicos a menudo exceden la norma, son realizados por diversas personas, cuando debe hacerlo siempre la misma persona; además, señalan que esta maniobra debe hacerla el personal médico calificado y a cargo del parto, aunque es común que este procedimiento se deje a cargo de practicantes.

La Secretaría de Salud (2014:33) indica que el tacto vaginal debe realizarse brindando “privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de la exploración vaginal y de sus hallazgos”. De igual manera, menciona que la persona que lleve a cabo este procedimiento “no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención” (Secretaría de Salud, 2014:33).

Sin embargo, Castro (2014) señala que algunos médicos ejecutan dicha prueba exploratoria (tacto vaginal) de forma violenta, con una actitud autoritaria y utilizando un tono de voz imperativo, por lo que no toman en cuenta el dolor de las pacientes; en palabras de Castro (2014:184-185), existe una “descalificación del dolor de la mujer”, lo cual refleja una “extrema jerarquización” por parte del médico.

Por otra parte, se ha demostrado que algunos procedimientos médicos rutinarios no son indispensables e incluso podrían ser perjudiciales (Valdez y otros, 2016). En el caso de la episiotomía, según la OMS (2019:7) “no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo”. No obstante, Valdez y sus colaboradores (2016) señalan que esta práctica se sigue realizando de manera rutinaria en la mayoría de los casos. Barbosa y Modena (2018:2) añaden que es frecuente que a las mujeres “les lastimen su vulva al practicarles las episiotomías de rutina”, lo cual trae diversas consecuencias y que les podría “afectar su vida sexual futura”.

A pesar de que se han realizado diversos estudios conceptuales, cualitativos y cuantitativos (Barbosa y Modena, 2018; Crespo, Sánchez y Domínguez, 2018; Da-Silva y Santana, 2017; Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas 2016; Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cázares, 2019; Secretaría de salud, 2010; Soto-Toussaint, 2016), aún no se ha logrado dimensionar la magnitud de la violencia obstétrica. Para Valdez y sus colaboradores (2016) los datos que existen sobre violencia obstétrica sólo son una aproximación de la realidad social que han experimentado miles de mujeres en los hospitales públicos.

Esta investigación parte de la preocupación por hacer visible los maltratos obstétricos que las mujeres neolonesas han experimentado, pero también surge de la inquietud por profundizar y, a partir de ello, obtener hallazgos que permitan identificar los rasgos característicos de la violencia obstétrica, la cual se puede expresar de forma física, psicológica (verbal), sexual; mediante discriminación social, negligencia médica y por medio del uso inadecuado de procedimientos médicos, rutinarios, sin consentimiento o coercitivos (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010). En ese sentido, las preguntas de investigación que se plantean son las siguientes:

1. ¿Cuáles son las características de la violencia obstétrica del último parto que experimentaron las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez?
2. ¿Cuál es el tipo de violencia obstétrica con mayor prevalencia entre las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez?
3. ¿Cuál es la percepción y el conocimiento que tienen las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez sobre la violencia obstétrica?

1.6. Objetivos

La violencia obstétrica es un fenómeno social que requiere ser investigado derivado del aumento y naturalización de este. Por tal motivo, para poder dar seguimiento a este estudio se formularon los siguientes objetivos así como la hipótesis de investigación.

1.6.1. Objetivo general

Analizar las características de la violencia obstétrica del último parto que experimentaron las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez.

1.6.2. Objetivos específicos

1. Identificar el tipo de violencia obstétrica con mayor prevalencia entre las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez.
2. Investigar cuál es la percepción y el conocimiento que tienen las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez sobre la violencia obstétrica.

1.6.3. Hipótesis de la investigación

Esta investigación plantea como hipótesis descriptiva que la violencia obstétrica experimentada durante el último parto por las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez se caracteriza por la presencia de diversas manifestaciones de violencia, así como por un conocimiento insuficiente de las participantes para identificar y reconocer estas prácticas como una vulneración de sus derechos.

1.7. Justificación

La violencia obstétrica, abordada desde una perspectiva de derechos humanos, permite visualizar la transgresión al derecho a la salud materna y al derecho reproductivo; además, este enfoque muestra que la violencia obstétrica es la resultante de patrones estructurales de violencia de género y de violencia institucional (Gruenberg, 2015:36).

Para Soto-Toussaint (2016:555) la violencia obstétrica “es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto o puerperio”. Este autor menciona que es alarmante que esta forma de violencia esté avalada “por las instituciones públicas y privadas”, dado que finalmente al personal de salud se le confiere el derecho de decidir “sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de éstas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos”.

En México existen brechas y desigualdades sociales, además de violaciones de derechos a la salud materna, que ponen en riesgo a las mujeres. Tal y como lo señalan Castro y Erviti (2015), las desigualdades varían de un área geográfica a otra y difieren entre las mujeres indígenas y no indígenas; es decir, las mujeres que habitan en poblaciones indígenas tienen

cinco veces más riesgo de fallecer durante la maternidad, además de que es más frecuente que se violen sus derechos humanos y reproductivos.

Valdez y sus colaboradores (2016) indican que las mujeres con mayor desventaja social y que acuden a solicitar servicios de salud a las instituciones públicas se convierten en grupos vulnerables, en donde los médicos se olvidan de sus derechos sexuales y reproductivos y, en algunos casos, sus cuerpos son utilizados para aprender.

A pesar de que en México existen datos estadísticos que reflejan el problema de la violencia obstétrica y de que algunas entidades han realizado modificaciones en sus marcos normativos, para GIRE (2015:143) este fenómeno “sigue siendo un problema invisibilizado” y, por lo tanto, ha sido poco tratado por las autoridades mexicanas.

En materia de legislación, según GIRE (2015), existen lagunas importantes, dado que en más de la mitad de las entidades de la República Mexicana no existen sanciones aplicables para una mala praxis médica relacionada con la violencia obstétrica.

Por otra parte, este mismo organismo señala que existe una falta de monitoreo en materia de salud materna, ya que los criterios y los procedimientos para la atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido⁵, no se aplican de manera adecuada y mucho menos son monitoreados (GIRE, 2015).

De acuerdo con GIRE (2015), la falta de monitoreo de los criterios y los procedimientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, y la inoperatividad de un marco normativo que sancione estos delitos, contribuyen para que la mayoría de los casos de violencia obstétrica queden impunes, por lo que sólo los casos de extrema gravedad se hacen visibles.

Para GIRE (2015:143) la información para comprender esta forma de violencia está llena de vacíos, dado que se minimiza y resta importancia a las quejas y denuncias de las mujeres sobre las experiencias que han tenido en las instituciones de salud y que pueden ser actos que constituyen violencia obstétrica. Lo anterior, “impide dimensionar de forma completa la problemática de la violencia obstétrica en el país” (GIRE, 2015:143).

Desde la visión de Gruenberg (2015:36) la violencia obstétrica aún permanece oculta dentro de las instituciones que atienden la salud materna e inclusive se ha naturalizado. Por tal motivo, las mujeres que han sido víctimas no denuncian por el temor de provocar “reacciones violentas por parte de los médicos u otros miembros de los equipos de salud” y porque con frecuencia sus quejas no se toman en cuenta y son minimizadas.

Según Almaguer, García y Vargas (2010:6) la violencia obstétrica “ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico”, pero también por las mujeres, por lo que algunas de ellas no dan relevancia a los maltratos por considerarlos parte del designio divino de dar vida; por ese motivo, prefieren concentrarse y gozar la nueva vida y olvidarse de las humillaciones y los malos tratos que recibieron.

Soto-Toussaint (2016:555) señala que esta naturalización de la violencia obstétrica hacia las mujeres se debe a que la mayoría desconoce sus derechos humanos, lo que las conduce a adoptar y reproducir actitudes de sumisión frente al personal de salud.

⁵ Estipulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2 (GIRE, 2015).

Barbosa y Modena (2018:10) afirman que la visibilización de la violencia obstétrica no sólo involucra dimensionar y caracterizar la magnitud del problema, sino que debe abarcar “la creación de leyes, decretos y políticas públicas que protejan a las mujeres contra la violencia obstétrica”; el conocimiento de las mujeres de sus derechos y la autonomía que tienen sobre sus cuerpos, así como la aplicación de penas, multas y condenas por los actos de violencia obstétrica cometidos por los agresores. Finalmente, vivir una vida libre de violencia es un derecho innegable.

Por lo anterior, de acuerdo con GIRE (2015), existen fallas y lagunas que impiden caracterizar, visibilizar y dimensionar el fenómeno de la violencia obstétrica; por lo que continúa siendo naturalizada, tanto por los médicos que la ejercen, como por las mujeres que la experimentan (Almaguer, García y Vargas, 2010). Además, se desconoce la verdadera magnitud del fenómeno, dado que las investigaciones existentes no han logrado reflejar suficientemente las características y especificidades de este problema social (Barbosa y Modena, 2018).

Se considera que el análisis de la violencia obstétrica resulta altamente relevante, dado que en Nuevo León existe una limitada producción académica que aborde este problema social. En este sentido, se espera que el presente estudio contribuya a la generación de conocimiento útil para la sociedad, la formulación de políticas públicas y el ámbito académico.

La elección de un enfoque cuantitativo responde a la necesidad de medir y dimensionar la magnitud de la violencia obstétrica en el contexto estatal, a partir de datos empíricos que permitan identificar su frecuencia, distribución y principales características. Este enfoque resulta pertinente frente a los vacíos de información existentes y a la limitada evidencia estadística disponible, lo que ha dificultado su adecuada visibilización y atención en el ámbito institucional. Asimismo, el uso de técnicas cuantitativas permite generar resultados sistemáticos y comparables, que fortalecen el análisis con base en evidencia objetiva y aportan elementos para la toma de decisiones en materia de intervención pública.

En este marco, la investigación busca aportar evidencia sobre las características de la violencia obstétrica que enfrentan las mujeres en Nuevo León, contribuyendo a una mejor comprensión del fenómeno en el ámbito local y sentando bases para futuras investigaciones que lo aborden desde distintas perspectivas.

Los elementos expuestos permiten dimensionar la relevancia del fenómeno y la necesidad de analizarlo de manera integral. En este sentido, el capítulo siguiente presenta el marco teórico que sustenta la investigación, profundizando en los conceptos y enfoques que orientan el estudio de la violencia obstétrica.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2. La violencia obstétrica un análisis teórico y conceptual

2.1. Violencia institucional en la atención obstétrica

Este apartado busca mostrar algunos aspectos relevantes que reflejen la relación que existe entre la violencia institucional y la violencia obstétrica; para ello se realizó una revisión de diversos artículos científicos y se retomaron las tesis más importantes para evidenciar la concomitancia de estos conceptos.

Como primer punto se considera preciso conocer la definición de violencia institucional, por lo que se retoma la enunciación que se encuentra contenida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) y que señala que esta forma de violencia es entendida como:

Los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007).

Como se puede observar, este concepto refiere que esta forma de violencia es ejercida por servidores públicos. No obstante, Perelman y Trufó (2016) aluden que en 1990 la violencia institucional se identificaba como directa, la cual era ejercida principalmente por agentes policiales y penitenciarios; por ejemplo, se hacía visible cuando un policía o un agente penitenciario actuaba de mano propia. Sin embargo, actualmente también se entrevé como una violencia indirecta, dado que puede llevarse a cabo mediante la negación de acceso a algún servicio garantizado por el Estado. En ese sentido, Perelman y Trufó (2016) aseguran que esta forma de violencia se ha diversificado, por lo que son diversos agentes los que la ejercen, los cuales pueden ser funcionarios que pertenezcan a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios, efectores de los servicios de salud, entre otros.

Es importante señalar que para Perelman y Trufó (2016) una de las principales características de la violencia institucional es que las acciones u omisiones son ejercidas por agentes del Estado. Tinoco (2016) refiere que, en el caso específico de la atención obstétrica, la violencia institucional se ejerce cuando los servidores públicos del ámbito de la salud realizan actos u omisiones que obstaculizan los derechos humanos de las mujeres.

Por lo anterior, se considera pertinente realizar una revisión conceptual para conocer cuál es la relación que existe entre la violencia institucional y los servicios médicos obstétricos. Tobar, Cuchumbe, Ledesma, Muñoz, Paja y Suarez (2019) señalan que la violencia institucional se hace visible en la atención obstétrica cuando se:

1. Obstaculiza algún tratamiento obstétrico.
2. Minimizan los síntomas del embarazo y las mujeres no reciben atención oportuna.
3. Otorga información incompleta a las usuarias o la omiten.
4. Contribuye para que las mujeres esperen largas horas para ser atendidas.
5. Niegan medicamentos sin justificación.
6. Exigen tarifas de pago excesivas por los servicios prestados.
7. Carece de los recursos humanos o materiales para brindar los servicios obstétricos.

8. Brinda mala calidad en los servicios obstétricos.

Para Tobar y sus colaboradores (2019) las discriminaciones, los abusos, el trato degradante y la mala calidad de la atención que padecen las mujeres en las salas obstétricas, son el resultado de aspectos individuales del personal de salud (creencias y formación profesional), pero también convergen aspectos estructurales, entre los cuales se encuentran: políticas institucionales deficientes y deplorables condiciones de las instituciones de salud y de los sistemas públicos.

Este planteamiento se complementa con lo que señala Contreras (2018), dado que manifiesta que parte del entramado de la violencia obstétrica obedece a cuestiones relacionadas con la mala calidad en los servicios que ofrecen las instituciones de salud, específicamente las que ofrecen servicios públicos. Esta autora relaciona la mala calidad con la precaria inversión pública que se destina al sistema de salud.

En el caso de México, Contreras (2018) sostiene que, en 2003, este país destinaba 2.4% del producto interno bruto (PIB) al sistema de salud, pero refiere que en 2013 aumentó su inversión a un 3.2%; sin embargo, la autora afirma que el aumento de estas inversiones no se ven reflejadas en las mejoras de las instituciones de salud y mucho menos en la calidad de la atención. Así mismo, apunta que, aunque hubo un incremento en el porcentaje destinado al sistema de salud, aún continúa siendo precario, ya que se encuentra por debajo de lo que sugiere la OCDE (8.9%). En ese sentido, México se ubica como uno de los países que destina menos recursos al sistema de salud pública.

Lo anterior repercute en la administración de recursos humanos y materiales de los servicios de salud. Contreras (2018), tomando los datos que presentó la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos* (OCDE) en 2016, señala que en México la falta de recursos se ve reflejada en los recursos humanos, dado que por cada 1,000 habitantes hay 2.2 médicos y practicantes y 2.6 enfermeras, cifra que está por debajo de lo estipula la OCDE⁶. Por otra parte, referente a los recursos materiales, indica que las instituciones de salud están sobreesaturadas, existe desabasto de insumos, de medicamentos y de materiales quirúrgicos. Esta mala calidad, producto de la poca inversión destinada a estos servicios, genera insatisfacción entre los usuarios, por lo que, si cuentan con los recursos necesarios prefieren buscar atención en instituciones privadas. Estos señalamientos, según Contreras (2018), se hacen evidentes en el informe de la OCDE realizado en 2016, dado que refiere que México es uno de los países con mayor número de hospitales privados.

Esta misma autora plantea que, en relación con la salud materna, la OCDE, en 2016, cuestionó a México por las deficiencias y mala calidad de los servicios obstétricos, por lo que este organismo dictaminó “que es una de las áreas de atención que deben ser replanteadas y reformuladas, ya que persisten las diferencias en cuanto a igualdad, eficacia y calidad de atención entre los sistemas de salud pública y privada” (Contreras, 2018:55). Meléndez y Sánchez (2019) indican que recibir servicios de salud materna de calidad es un derecho social, pero cuando no se otorga se estaría ejerciendo violencia institucional.

Meléndez y Sánchez (2019) manifiestan que la muerte materna por complicaciones del embarazo ha sido una de las consecuencias de la atención tardía y de mala calidad en los

⁶ La OCDE en el informe de 2016, sugiere que debe haber 3.3 médicos practicantes y 9.19 enfermeras practicantes por cada 1000 habitantes (Contreras, 2018).

servicios obstétricos. También afirman que se presenta con mayor frecuencia en países pobres. En el caso de México, estos autores indican que 25% de las muertes maternas se originan en hospitales públicos y del ámbito rural.

Para Tinoco (2016) la muerte materna en México es uno de problemas sociales en donde existe mayor retraso. Esta autora refiere que, en 2009, fue lanzada una estrategia para vigilar, analizar y generar propuestas para reducir este problema; en ese sentido, la Secretaría de Salud, con el apoyo del Grupo Interagencial de las Naciones Unidas coordinado por la OPS/OMS, crearon el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM). En un principio este organismo consideró que la tecnología de punta sería la solución para disminuir las muertes maternas; sin embargo, se dejó de un lado la existencia de la violencia institucional como el principal factor asociado a la muerte materna. Por lo tanto, para Tinoco (2016), aunque en México se han hecho esfuerzos para disminuir la mortalidad materna, aún no se ha logrado.

Esto concuerda con lo que revelan Meléndez y Sánchez (2019), dado que estos autores indican que en México las hemorragias, la preeclampsia y la diabetes continúan siendo los principales factores que culminan en muerte materna; esto se debe a la falta de atención oportuna y a la mala calidad en los servicios obstétricos de salud pública, lo cual se considera violencia institucional.

Por otra parte, Tinoco (2016:49) añade que la atención inoportuna de las urgencias obstétricas es violencia institucional y “representa una falta de garantía de los derechos de las mujeres”; del mismo modo, desde su visión “la negligencia, la impericia, las omisiones, las dilaciones y el abandono” develan la deficiente calidad de los servicios obstétricos que ofrece la salud pública.

Un estudio cualitativo realizado por Tobar y sus colaboradores en 2016, en Colombia, logró mostrar algunos hallazgos relacionados con la violencia institucional en la atención obstétrica. Cabe señalar que para la realización de dicha investigación fueron entrevistadas 16 mujeres que habían tenido alguna experiencia obstétrica en hospitales públicos durante un periodo menor de dos años. Los descubrimientos encontrados indican que la violencia institucional se registró en la mayoría de las experiencias y están asociadas principalmente con las políticas institucionales que no satisfacen las expectativas de las gestantes en el proceso de parto, pero también se determinó que las mujeres se sienten inconformes con la atención recibida durante el trabajo de parto (Tobar y otros, 2019).

Siguiendo las ideas de Tobar y sus colaboradores (2019), las políticas institucionales se ven reflejadas en los manuales, guías o protocolos de atención obstétrica, los cuales se relacionan con procedimientos administrativos y de prestación de los servicios. Algunos de los hallazgos que encontraron hacen visible lo rígidas que son estas políticas institucionales, por lo que vulneran la posibilidad de que las mujeres tengan una experiencia positiva durante el parto, dado que esta rigidez propicia inconformidad e inclusive malestares físicos en las usuarias.

Una de las principales inconformidades que fue identificada por Tobar y sus colaboradores (2019) es referente al tacto, dado que este procedimiento es realizado por diversos profesionales de la salud, de forma repetitiva y sin un consentimiento informado. De igual manera, se detectó que los médicos omiten la información, es decir, no brindan referencias ni explicaciones del por qué deben realizar el tacto u otros procedimientos que se consideran de rutina.

Otro de los hallazgos recopilados por estos investigadores fue lo relacionado con el acompañamiento de las mujeres, dado que si algún familiar las asiste le niegan el acceso; por lo tanto, un acompañante durante el proceso del parto se convierte en un “estorbo”. En ese sentido, habría que reflexionar si esta negación se debe a las políticas institucionales o a la falta de infraestructura en las instituciones de salud pública, producto de la poca inversión que realiza el Estado en los servicios de salud pública como lo exterioriza Contreras (2018).

Tobar y sus colaboradores (2019) también identificaron que las prohibiciones que se realizan dentro de las instituciones de salud generan inconformidades en las parturientas. Al ingresar las salas obstétricas, las mujeres deben ser protegidas de golpes y caídas, por lo que se les ordena que no pueden deambular, ni caminar, es decir, las inmovilizan. Lo anterior puede ser porque las políticas institucionales así lo indican, pero también, tal y como lo señala Contreras (2018), podría vincularse al hacinamiento en las salas obstétricas, el cual a su vez se genera por la falta de espacios e infraestructura. Estos aspectos señalados con anterioridad son algunos de los factores que inciden para que los profesionales de la salud impidan la realización de movimientos, aspectos que, según Contreras (2018), contribuyen para que la dilatación sea más rápida y las contracciones más soportables.

Por otra parte, Cassiano y sus colaboradores realizaron en 2014 una revisión documental de 13 artículos científicos, los cuales fueron elaborados en Brasil, Venezuela, Argentina y Cuba; este análisis los llevó a determinar que la violencia institucional se relaciona con la mala organización del sistema de salud y con la deficiente calidad en la prestación de servicios obstétricos por parte del personal de salud.

En ese sentido, la violencia institucional en la atención obstétrica se ha hecho visible mediante:

Las dificultades que tienen las mujeres en el acceso; idas y venidas del hospital; espera prolongada para la atención; baja resolutivez; precariedad de los recursos; pésimas condiciones estructurales y ausencia de recursos humanos necesarios para una asistencia de calidad. También son citadas la negligencia intencional, al ser dejada sola en la sala de parto como castigo por “mal comportamiento” y, hasta incluso, la estratificación de la calidad de la asistencia al parto a partir de criterios socioeconómicos (Cassiano y otros, 2016).

Cassiano y su equipo (2016) añaden que las mujeres parturientas reciben atención desigual por condiciones económicas, raza y etnia; del mismo modo, identifican que son los directores y los funcionarios de la salud los que discriminan, atrasan, dificultan, impiden o niegan a las mujeres la atención obstétrica y con ello limitan el ejercicio de sus derechos.

Así mismo, la revisión documental realizada por el equipo de Cassiano (2016) permitió identificar las condiciones precarias que existen en las instituciones de salud pública, la cual se refleja en la estructura física de los hospitales y en la falta de recursos humanos. De igual manera, identifican que las políticas institucionales demandan rapidez en la producción del servicio de atención obstétrica, lo cual ha contribuido a la masificación de las cesáreas. Para estos autores la rapidez como exigencia institucional trae consigo mala calidad del servicio y la prohibición de acompañantes para no dilatar el proceso de productividad.

El análisis realizado por Cassiano y sus colaboradores (2016) permitió descubrir las diferencias de trato entre las usuarias que solicitan servicios obstétricos en hospitales públicos y en privados. Por una parte, las que solicitan un servicio privado reciben un cuidado

prudente, las conductas de los profesionales de salud son correctas, las dudas sobre el proceso del parto son esclarecidas, ya que esto forma parte de un servicio pagado. Por otra parte, se encuentran las mujeres que acuden a los hospitales públicos y de asistencia “gratuita”; para ellas no hay consideraciones, ya que el personal de salud considera que el brindar servicio constituye una “generosidad”; por lo tanto, cuando otorgan el servicio, lo hacen sin dar explicaciones e imponiendo sus saberes; las mujeres lo “soportan”, ya que es la única opción para aquellas que no pueden pagar. Por lo anterior, existen disimilitudes en el tipo y calidad de servicio que brindan las instituciones de salud pública y privada, por lo que para el análisis de violencia institucional en la atención obstétrica también se deben considerar estas variantes.

Otro estudio en donde se identificó la violencia institucional en la atención obstétrica, fue el que realizó Contreras en 2016. Esta investigación se llevó a cabo en Guadalajara, México, con un enfoque cualitativo; se realizaron cuatro entrevistas en profundidad y una narrativa autobiográfica; es importante resaltar que el principal criterio de selección fue que las participantes hubiesen experimentado violencia obstétrica durante un aborto.

Los descubrimientos de Contreras (2018:65) muestran que las embarazadas experimentan tristeza, desánimo y dolor emocional, los cuales están asociados con la atención médica, pero también obedece a las “pésimas condiciones en que se encuentran las instalaciones tanto en lo referente a limpieza, hacinamiento, falta de agua caliente, mal estado e insuficiencia de camas”, además de que carecen de materiales (bacinicas, las batas están rotas y desgastadas, etc).

Según Contreras (2018:67) los hallazgos manifiestan que las inconformidades, insatisfacciones y malas experiencias obstétricas que han tenido las mujeres durante un aborto, contribuyen para que la familia realice “sobreesfuerzos económicos para tener sus partos posteriores en sistemas privados de salud”. Desde la visión de esta autora, ésta es la razón por la cual México cuenta con el mayor número de hospitales privados respecto a otros países. Contreras (2018) al igual que Cassiano y sus colaboradores (2016) señalan las diferencias y brechas en el bienestar de las mujeres que pueden pagar un servicio privado y las que no.

Por otra parte, Vallana (2019) también aborda las inconformidades que existen por parte de las mujeres que acuden a recibir atención obstétrica. Esta autora advierte que las insatisfacciones son producto de los procedimientos protocolarios, los cuales, como afirman Tobar y sus colaboradores (2019) forman parte de las políticas institucionales. Pero además, Vallana (2019) agrega que existe una homogenización en la ejecución de los protocolos institucionales, es decir, existen procedimientos que se realizan sin identificar si la usuaria los requiere o no, por lo que la atención se torna universal y no se atienden los casos de forma particularizada. Para Vallana (2019) es indispensable que las medidas de atención se adapten más a las mujeres que están pariendo y se acomoden menos a los requerimientos institucionales y profesionales.

Como se pudo observar la violencia institucional en la atención obstétrica se gesta a partir del entramado de “la práctica médica y el Estado perverso”, como lo señala Contreras (2018:56). En ese sentido, es necesario visualizarla mediante dos marcos interpretativos: uno desde lo individual (quehacer y praxis de los profesionales de la salud, autoritarismo médico, habitus médico) y otro desde una visión más estructural (políticas de salud, políticas

institucionales, protocolos de atención, condiciones de infraestructura y equipamiento médico, entre otros).

Finalmente, se puede decir que la atención obstétrica debe ser integral y de calidad, ya que es un derecho que debe garantizar el Estado. Por lo tanto, los agentes (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, etc) tienen el deber de “realizar las intervenciones necesarias de manera ágil y oportuna para garantizar el bienestar de las usuarias y considerando las necesidades individuales de las mujeres” (Tobar, 2019:140).

La presencia de la violencia institucional en la atención obstétrica apenas empieza a ser reconocida (Tinoco, 2016). A pesar de que existe producción científica sobre la violencia institucional en la atención obstétrica, los estudios realizados se consideran incipientes y faltos de evidencia científica. Además, no se consideran representativos, dado que sólo existen estudios descriptivos, cualitativos y de opinión (Cassiano y otros, 2016:462), por lo que se considera se debe seguir investigando este problema social desde diversas disciplinas, tomando en cuenta la complejidad del tema y su relevancia social.

2.2. Formas en las que se puede ejercer la violencia obstétrica

La violencia en la atención obstétrica es una realidad que afecta a las mujeres; los abusos y tratos irrespetuosos que se ejercen dentro de algunas instituciones de salud ponen en peligro su integridad física y emocional (Da-Silva y Santana, 2017:72). La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Nuevo León establece que la violencia obstétrica es:

Toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, 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 (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Congreso del Estado de Nuevo León, 2020).

Esta definición permite observar que la violencia obstétrica puede manifestarse mediante conductas, omisiones, negligencias, atención médica deshumanizada durante el embarazo, parto o el puerperio, las cuales podrían ser ejercidas por el personal de servicios de salud durante la prestación de servicios médicos. Para Medina (2009) los posibles agresores no se limitan a médicos/as o enfermeros/as que otorgan servicios ginecológicos u obstétricos en un hospital, sino que los perpetradores podrían ser cualquier persona que preste servicios de asistencia sanitaria, desde “médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, enfermeros/as”, así como, “mucamas/os, camilleros/as y personal administrativo” (Medina, 2009:3). Por lo anterior, dentro de este estudio se considera pertinente conocer quiénes son los agresores, pero también las diversas formas en las que puede manifestarse la violencia obstétrica.

Según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del estado de Nuevo León, existe una tipología de violencia en contra de las mujeres dentro de la cual se incluye la psicológica, la física, la patrimonial, la económica, la sexual, la política en razón de género, la digital, la feminicida y la obstétrica; éstas se pueden llevar a cabo en diversos ámbitos: familiar, laboral o docente, en la comunidad y en las instituciones públicas y privadas (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Congreso del Estado de Nuevo León, 2020). Lo señalado con antelación permite identificar los diversos tipos de violencia que se puede ejercer en contra de las mujeres y los espacios en donde suelen suceder estos eventos; sin embargo, este apartado pretende reflejar un análisis conceptual de las formas en las que se manifiesta la violencia obstétrica en el ámbito de las instituciones de salud.

La revisión de diversos textos permitió establecer un consenso sobre las manifestaciones de la violencia obstétrica, por lo que a partir de este análisis se propone la siguiente clasificación: 1) violencia psicológica y verbal; 2) violencia física; 3) violencia sexual; 4) procedimientos médicos, rutinarios, sin consentimiento o coercitivos; 5) discriminación social y 6) negligencia en la asistencia (Castrillo, 2016; Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Orozco y Rocha, s/f; Secretaría de Salud, 2010).

Por lo anterior, con la finalidad de clarificar estos conceptos, a continuación se expone una revisión teórica-conceptual basada en diversos textos que contienen información documental y artículos científicos de investigaciones cualitativas y cuantitativas, las cuales fueron realizadas en el ámbito internacional y nacional; la información identificada en dichos documentos permitió plasmar las características y las formas de expresión de la violencia obstétrica, así como los posibles agresores.

2.2.1. Violencia psicológica y verbal

La violencia psicológica y verbal se refiere a frases expresadas a través de un discurso autoritario y hostil en el trabajo de parto y que, con frecuencia, es utilizado por personal médico y de enfermería, tanto masculino como femenino, cuando la mujer expresa dolor o temor; mediante el trato irrespetuoso y ofensivo se hace evidente el maltrato psicológico, el cual se acompaña de humillaciones y maltratos verbales; en ese sentido, se puede decir que la violencia psicológica se manifiesta mediante amenazas, constreñimiento, chantajes, intimidaciones hacia las pacientes; también se ejerce cuando se les culpabiliza por situaciones de sufrimiento durante el parto (dificultad para pujar en el periodo de expulsión), cuando son ignoradas y se minimiza su dolor o cuando se realizan comentarios con desdén sobre la capacidad de la mujer para parir (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Un estudio cualitativo realizado por Da-Silva y Santana en 2016, en Brasil, logró identificar la forma en la que se manifestó la violencia obstétrica. Para la realización de esta investigación fueron entrevistadas 35 mujeres que dieron a luz por parto vaginal (Da-Silva y Santana, 2017).

Estos autores (2017) descubrieron que durante el proceso del parto se manifestó violencia verbal y psicológica, esto a través de comentarios inapropiados por parte de los profesionales de la salud: *“me reprochaba por la cantidad de hijos que tengo. Ella (se refiere a la profesional) dijo, todavía quiere más”* (caso E30, citado por Da-Silva y Santana, 2017:75).

Los hallazgos en este estudio indicaron que, en su mayoría, las mujeres primíparas sufrieron mayor violencia (Da-Silva y Santana, 2017:73); así mismo, estos autores manifiestan que los gritos o gemidos de las parturientas incomodan a los profesionales de la salud, por lo que si emiten alguna expresión de dolor son violentadas de forma psicológica y verbal, es decir, son cuestionadas, intimidadas y las amenazan con dejarlas solas y sin supervisión médica: *“la técnica de enfermería dijo que si yo continuase gritando, me dejaría sola y no me revisaría”* (caso E16, citado por Da-Silva y Santana, 2017:75); *“la médica me dijo que dejara de gemir, porque era un momento mágico y yo lo estaba haciendo sufrido, pasando el sufrimiento a los que estaban cerca de mí”* (caso E33, citado por Da-Silva y Santana, 2017:75); *“no tiene que gritar tan fuerte sólo para empujar” cuando dije que me iba a desmayar: desmaye, sólo no deje de hacer fuerza”* (caso E23, citado por Da-Silva y Santana, 2017:75).

Las manifestaciones de dolor son inherentes al parto; sin embargo, Da-Silva y Santana, (2017) identificaron en su estudio que el dolor de las mujeres parturientas genera en los profesionales de la salud actitudes y manifestaciones verbales de enojo, lo cual se traduce en humillaciones y regaños: *“cuando me quejé que los puntos estaban doliendo, la técnica dijo enojada, el dolor es para sentirlo y todavía sentirá más”* (caso E31, citado por Da-Silva y Santana, 2017:76).

El doctor me llamó sucia y repugnante. Después de su sexto hijo, usted no está soportando este dolor. La persona puede tener 10 hijos, pero siempre siente el dolor. No es porque yo tenía 6 niños que no puedo sentir dolor (caso E13, citado por Da-Silva y Santana, 2017:75).

A través de esta investigación Da-Silva y Santana (2017:76-77) descubrieron que algunas mujeres, decidieron no manifestar su dolor por el miedo a las amenazas de no recibir apoyo o ayuda; de tal suerte, se les obligó a soportar dolor sin manifestarlo y las que no lo hicieron fueron hostilizadas; para estos autores es necesario romper con la creencia de que el parto es sinónimo de dolor y sufrimiento, dado que éste podría ser el inicio de una sensibilización que conciba que experimentar y manifestar dolor durante el parto es un proceso fisiológico y por lo tanto es algo natural.

Otro estudio de corte cualitativo realizado en Colombia en 2015 por Vallana, permitió analizar las maneras en las que las mujeres describen y dan sentido a sus experiencias de violencia obstétrica durante la atención de su parto. Para la realización de esta investigación fueron entrevistadas seis mujeres, además de que se incorporó una autoetnografía, es decir, la autora estuvo embarazada y utilizó su historia como parte del estudio.

Los hallazgos de este estudio indican que el ejercicio del poder en el ámbito sanitario, desencadena diversos tipos de maltrato: violencia física, psicológica, verbal, entre otros (Vallana, 2019:129). Algunos relatos en esta investigación indican que la violencia verbal se

manifestó mediante regaños, burlas e insultos, pero a su vez aparece conjuntamente con maltratos físicos:

Pocas veces en la vida había sentido tanto dolor, ese tacto fue muy doloroso, ¡tenaz! No te imaginas el dolor, entonces pues yo grité “aaaahh” y me dice el médico como: “pero me imagino que cuando se la metió el que la embarazó ahí si no gritaba” (Relato de Susana, 2015, citado por Vallana, 2019:39).

[...] yo me porté bien, no me quejé nada, es que yo no quería que me trataran como a otra señora que estaba allí, que se quejaba mucho de dolor y gritaba mucho [...] si viera como la trataban, eso le decían “cállese vieja tal por cual, ya nos tiene mamados con esa gritadera; eso sí, quien la manda, no haberse puesto en esas, si quiere que le demos algo entonces cállese”. Incluso un médico le dijo: “¿acaso me llamó a pedirme ayuda cuando estaba haciendo al muchachito?”. Entonces, como yo ya había visto eso, cuando me empezó a doler mucho, pues me aguanté todo lo que podía para que me trataran bien, ¿si me entiende? (Relato de Rosa, 2015, citado por Vallana, 2019:139).

Yo escuchaba cómo las mujeres gritaban de dolor pidiendo que les ayudaran y escuchaba a una enfermera que las mandaba a callar de una manera agresiva, les decía que solamente había un anestesiólogo y que todavía no era su turno. Había una que pedía ayuda a gritos decía: “me duele mucho, por favor ayúdenme, denme algo para el dolor, no puedo más” ¡tenaz, pobrecita! La enfermera le decía, así en plan de regaño, como: “cállese, no es nuestra culpa, va a asustar a las demás, si no se calla la meto en un cuarto a usted sola” (Relato de Virginia, 2015, citado por Vallana, 2019:139).

Por otra parte, Terán, Castellanos, González y Ramos, realizaron en 2011 una investigación de corte cuantitativo en Venezuela, en la cual se incluyó la participación de 425 mujeres; el objetivo era evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en la institución de Maternidad “Concepción Palacios” y la relación con las prácticas consideradas como violencia obstétrica (Terán y colaboradores, 2013).

Los hallazgos de esta investigación indican que 49.4% afirmó haber recibido algún tipo de maltrato por el personal de salud, 66.8% aseveró que les practicaron procedimientos médicos sin consentimiento, 36.7% señaló que fueron víctimas de violencia psicológica y física (Terán y colaboradores, 2013:175).

En relación a la violencia psicológica, 23.8% refirió que se les impidió el contacto con sus recién nacidos, 21.6% indicó haber recibido críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, 19.5% señaló que sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes por temor a no ser atendidas, 15.8% recibió la orden para no deambular, 15.3% manifestó que fueron víctimas de comentarios irónicos descalificadores, comentarios despectivos y chistes y 10.4% refirió que les hablaron con palabras en diminutivo, les pusieron sobrenombres y apodos (Terán y colaboradores, 2013:175).

Pereira, Domínguez y Toro en 2012, realizaron un estudio cuantitativo en Venezuela, cuyo objetivo fue detectar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, Venezuela. Para ello encuestaron a 326 mujeres que fueron atendidas por partos, cesáreas y abortos. Los resultados

indicaron que 26,3% (86 casos) manifestó haber sufrido algún maltrato, irrespetuoso, como actitud de desprecio o burla, agresión verbal o física, durante la atención brindada por parte del personal de salud. Se observó que la violencia verbal se ejerció en 100% de los casos, la cual fue ejercida por parte del obstetra, el anestesiólogo o la enfermera (Pereira, Domínguez y Toro, 2015:86).

Siguiendo esa misma línea de ideas, en el contexto de Argentina, fueron recopilados diversos relatos por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) a través de su observatorio de salud, género y derechos humanos; algunas de las narrativas compiladas manifiestan la violencia verbal que han experimentado las mujeres al acudir a solicitar atención obstétrica en hospitales de salud pública. Así mismo, existen testimonios que muestran la violencia psicológica y verbal de la que fueron víctimas: *“estaba en pre-parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran ñañas de primeriza, y yo no daba más... se reían y decían que era primeriza y que quería todo rápido, que ellos no podían hacer nada”* (Rosario, 2003, citada por INSGENAR, 2008:52); *“no te hagas la nenita de mamá, la doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida”* (Villa Gobernador Gálvez, 2003, citado por INSGENAR, 2008:52).

De igual manera, se encontraron relatos que reflejan las humillaciones, insultos, regaños y comentarios despectivos hacia las mujeres: *“cuando estaba pariendo me dijeron que no gritara, que eso no era una cancha y que no había ningún gol”, “si te gustó lo dulce ahora aguantá, aguantá nena”, “si te gustó aguantátela”, “no sé para qué te quejas si es chiquito”* (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:52); *“tenía 14 años, sin experiencia, sin mamá ni nadie que me acompañaba, me retaban y trataban muy mal, me decían gorda sentate, andá para allá (lágrimas)”* (Posadas, 2008, citado por INSGENAR, 2008:53).

Los tratos humillantes no sólo se pueden dar durante el parto, sino que las mujeres también pueden ser violentadas cuando acuden a una consulta ginecológica:

Fui hacerme una colposcopia y el doctor me dice “sácate la ropa, qué ¿tenés para abrirte no tenías”. Me costó mucho volver a hacerme revisar otra vez. Después de unos años me fui al hospital y me ocurrió lo mismo. Creo que los doctores deberían tener un trato más cordial con las pacientes (Resistencia, 2008, citado por INSGENAR: 2008:54).

Así como se mostraron investigaciones realizadas en el ámbito internacional, existen estudios que han sido efectuados en el contexto mexicano. Por ejemplo, en el estado de Morelos, los autores Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas realizaron en 2012 un estudio cuantitativo en dos hospitales públicos. Para ello encuestaron a 512 mujeres, inmediatamente después del parto, que habían parido un hijo o hija vivo o muerto, a través de cesárea o de parto natural.

En este estudio, se logró identificar que 29 de cada cien mujeres reportaron algún tipo de abuso durante la atención del parto, 19 de cada cien refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases intimidatorias y que limitaron su derecho a expresar sus emociones y el dolor que conlleva el trabajo de parto; la violencia verbal en esta investigación se hizo presente

mediante las siguientes frases: “no grite”, “no llore”, “no se queje” (Valdez y colaboradores, 2016).

Por otra parte, en 2015, Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cazares, realizaron una investigación cuantitativa en Sonora, cuyo objetivo fue conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud y que se relacionaban con la existencia de violencia obstétrica; en este estudio los datos se recopilaron mediante un cuestionario, el cual fue aplicado en los domicilios particulares de 45 mujeres participantes; los criterios para la selección fueron los siguientes: haber tenido una o más gestaciones y que se hubiesen atendido en un hospital de salud pública durante el parto.

Los hallazgos realizados permitieron identificar aspectos relacionados con la violencia verbal, dado que se detectó que 44.4% de las mujeres fueron agredidas de forma verbal por llorar o gritar de dolor, de emoción, de alegría o de tristeza durante el trabajo de parto, 37.8% manifestó que recibieron agresiones verbales cuando intentaron manifestar sus dudas o inquietudes, 71.1% declaró que se les impidió estar acompañada por alguien de confianza durante el proceso y 73.3% manifestó que se les negó el contacto inmediato con su hijo/a (Figueroa y sus colaboradores, 2017:17).

2.2.2. Violencia física

La violencia obstétrica no solamente puede manifestarse de forma psicológica y verbal, sino que también a través de agresiones físicas. La violencia física se refiere a los procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, sin control y mediante la utilización de la fuerza física excedida y sin tomar en cuenta el dolor de las pacientes, los cuales en ocasiones son realizados con la finalidad de facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes, pero sin que exista justificación médica (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Esta forma de violencia se puede expresar mediante golpes en las piernas, pellizcos, cachetadas o golpes, realización de tactos vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía⁷, realización de cesáreas innecesarias, falta de manejo adecuado del dolor (antes, durante y después del parto), realización de procedimientos sin hacer uso de anestesia (raspado, retirado manual de la placenta, sutura, parto por cesárea), contención física de las piernas y los brazos durante el parto normal o cesárea y cuando se realiza la maniobra de Kristeller⁸ (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Orozco y Rocha (s/f) señalan que el tacto vaginal es un procedimiento que con frecuencia las mujeres lo perciben como violencia física, debido a que las repeticiones son excesivas y agresivas, además de que se realiza en lugares sin privacidad, de forma cruel, frente a practicantes y es ejecutado por diversos estudiantes, médicos/as y residentes. Por otra parte,

⁷ La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en mujeres que viven un parto vaginal por primera vez (Berzaín y Camacho, 2014).

⁸ La maniobra Kristeller consiste en hacer presión del fondo uterino en el período expulsivo (Becerra y Failoc, 2019).

la imposición de la posición de litotomía⁹ durante la labor del parto conjuntamente con el atado de las piernas a las camas que se realiza en algunos, es otra forma de la violencia física; así mismo, la realización de la maniobra Kristeller es otra manifestación de esta forma de violencia, dado que esta práctica médica no debería realizarse bajo ningún motivo, ya que puede causar afectaciones en la madre y en el infante (Orozco y Rocha, s/f).

Otras acciones que entran dentro del abuso físico son los toques rudos y el uso de la fuerza extrema durante el proceso del parto; según Orozco y Rocha (s/f) existen casos de mujeres que fueron atadas a la cama durante el parto y otras amordazadas; otro aspecto que se relaciona con esta categoría es la falta de respeto hacia el dolor de las mujeres, ya que en ocasiones los profesionales no hacen nada para paliarlo.

Para ejemplificar estas manifestaciones de la violencia física fueron revisados diversos estudios cualitativos y cuantitativos, por lo que a continuación se exponen las narrativas y algunas cifras que reflejan esta forma de violencia.

La investigación realizada en Colombia, por Vallana, que fue mencionada en párrafos anteriores, mostró que la violencia física se manifiesta mediante intervenciones médicas dolorosas que no toman en cuenta el dolor de las mujeres; así mismo, se encontró que algunas mujeres perciben el tacto vaginal como una forma de maltrato físico, sobre todo cuando se realiza de forma reiterada, brusca y por diversas personas:

Como el señor (se refiere al médico) me estaba haciendo daño (se refiere al tacto), entonces yo me tensioné. Entonces el señor dijo que me tenía que relajar. Yo intentaba relajarme, pero el señor me volvía a hacer daño, entonces al final el señor se puso pues grosero conmigo y me empezó a decir que me relajara que no le estaba dejando hacer su trabajo. Entonces yo le dije: “que usted me está haciendo daño” y el señor volvió a meter los dedos con fuerza, volvió a hacerme daño y bueno la cosa terminó en que yo terminé callada llorando porque el tipo fue bastante miserable (Relato de Virginia, 2015, citado por Vallana, 2019:138).

Vallana (2019), a través de este estudio, logró encontrar que la imposición de posturas durante el trabajo de parto también se considera violencia física, así como, cualquier medida que impida el movimiento de las mujeres durante la labor del mismo:

Cuando me mostraron a mi hijo, yo quería tocarlo, abrazarlo y movía los brazos y las manos para alcanzarlo, pero no podía porque estaba amarrada... eso es muy angustiante, ver que se lo están llevando sin tú siquiera haber podido tocarlo. Mira, uno quiere tocarlos verlos, acariciarlos, estar desnudos y abrazados y uno ahí amarrado a esa camilla, de verdad, porque son así, deberían dárselos a uno mientras lo cosen a uno, y revisar a los bebés encima de uno, eso pienso yo (Relato de la autora, citado por Vallana, 2019:138).

Los relatos de algunas mujeres argentinas que recopila el INSGENAR indican que las parturientas pueden ser agredidas físicamente en el momento de la expulsión: *recibí un*

⁹ La mujer acostada de espaldas sobre la cama, con las piernas levantadas colocadas sobre dos dispositivos conocidos como estribos, para dejar expuesta la zona perineal (Orozco y Rocha, s/f).

“cachetazo”, la profesional se excusó diciendo al resto de las que estaban ahí “es para que se ubique y deje de gritar” (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:53).

En la investigación cuantitativa realizada en Venezuela por Terán y sus colaboradores, se encontraron hallazgos que reflejan las manifestaciones de la violencia física; los datos indicaron que 37.2% reportó haber sufrido tactos vaginales reiterados, 24.9% refirió que fueron obligadas a permanecer en decúbito dorsal por horas, 19.5% afirmó que les realizaron la amniotomía, 15.8% manifestó que les fue practicada la maniobra de Kristeller, 14.1% señaló que les realizaron revisión uterina sin anestesia, 11.5% indicó que fueron obligadas a parir en la posición de litotomía y se les impidió cambiar de posición durante el parto (Terán, y colaboradores, 2013:177). Es pertinente señalar que en este estudio se identificó que los principales agresores fueron las enfermeras, los médicos, los camilleros, los porteros y la camarera (Terán, y colaboradores, 2013:177).

En Venezuela, el estudio que llevaron a cabo Pereira, Domínguez y Toro, permitió identificar que, del total de la muestra (326 pacientes), 3.5% señaló haber sufrido violencia física; de este porcentaje total 66.7% de las pacientes dijeron haber sido agredidas físicamente por el obstetra, mientras que 33.3% indicaron que el agresor fue el anestesiólogo (Pereira, Domínguez y Toro, 2015:86).

Ahora bien, en estudios realizados en México, la violencia física también fue detectada; en el estudio de corte cuantitativo que fue llevado a cabo en Sonora por Figueroa y sus colaboradores, se identificó que, del total de la muestra (45 mujeres), 51.1% exteriorizó que les fue negada la posibilidad de caminar para facilitar la dilatación; 46.7% manifestó que les realizaron la episiotomía sin consentimiento y sin explicar por qué se les practicó y no se les informó sobre los riesgos de dicha práctica; 42.2% señaló que se le prohibió ingerir alimentos o bebidas; 40% indicó que le realizaron tactos vaginales reiterados y por diferentes personas; 35.6% reveló que fue obligada a tomar la posición de litotomía aunque manifestara su incomodidad, y 31.1% señaló que le administraron medicamentos para acelerar el parto (Figueroa y sus colaboradores, 2017:17).

En el estudio de Figueroa y sus colaboradores (2017), al igual que en el de Da-Silva y Santana (2017) y el de Pereira, Domínguez y Toro (2015), se resaltó que las mujeres primíparas jóvenes de entre 16 y 21 años sufrieron mayor violencia, mientras que las que ya habían tenido un hijo y cuya edad oscilaba entre 22 y 27 años experimentaron menos violencia; para Pereira, Domínguez y Toro (2015) la población femenina joven es la más expuesta a sufrir violencia obstétrica; esto se complementa con lo que afirman Figueroa y sus colaboradores (2017:19), dado que para estos autores las mujeres que tienen menor edad y son primíparas tienen mayor riesgo de sufrir violencia, ya que como carecen de experiencia, pueden considerar que esta clase de actos y conductas son parte del proceso del parto.

Finalmente, mediante la investigación realizada en el estado de Morelos por Valdez y sus colaboradores, se identificó que 8% de las mujeres morelenses experimentaron abuso físico, descrito como: “me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo”, “sutura sin anestesia”, “golpes en las piernas”, “amenazas” y “pellizcos” (Valdez y sus colaboradores, 2016:18). Es importante señalar que uno de los hallazgos importantes, que se

resalta en esta investigación, es la identificación de los agresores, dado que las mujeres manifestaron que recibieron abusos principalmente por parte de las enfermeras y de los enfermeros, pero también fueron agredidas por los médicos y las médicas (Valdez y sus colaboradores, 2016).

2.2.3. Violencia sexual

La violencia sexual forma parte del entramado de la atención obstétrica; esta forma de violencia se ejerce cuando los profesionales de la salud realizan tocamientos en los cuerpos de las mujeres, sin consentimiento y sin justificación médica; así mismo, se manifiesta cuando se descuida el desnudo de las mujeres y quedan expuestos sus genitales durante el tacto y es visto por múltiples personas; también se considera violencia sexual cuando las batas de las parturientas están muy cortas y en mal estado, de tal forma que quedan exhibidos sus glúteos y sus genitales (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010). De igual manera, la violencia sexual se hace visible cuando:

- Se realizan tactos vaginales sin guantes.
- La manipulación genital se lleva a cabo de forma grosera y sin respeto.
- Se hacen tocamientos sin consentimiento en el cuerpo, la vagina o en el recto de las mujeres.
- Se mantienen a las parturientas semidesnudas en presencia de extraños.
- A las mujeres se les coloca y mantiene con las piernas abiertas y levantadas y con los genitales expuestos sin justificación médica (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

La investigación cualitativa de Vallana, realizada en Colombia, reflejó la forma en la que se manifiesta la violencia sexual; en ese estudio, algunos relatos permitieron identificar la ausencia de respeto a los cuerpos de las parturientas, dado que los profesionales de la salud no cuidaron los aspectos relacionados con su intimidad y exhibieron los cuerpos y los genitales de las mujeres: *“uno es como un pedazo de carne ahí tirado, no les importa lo que uno sienta, si tiene pena, si te ven desnuda, si se siente mal; a ellos solo les preocupan las cosas médicas”* (Relato de Paloma, 2015, citado por Vallana, 2019:138).

Pues entraron... no sé cuántos, pero además me lo hacían diferentes personas. Entraban y “plum” y me hacían el tacto, entraban y “plum” me hacían otro tacto. [...] una de esas, vino un señor y me hizo el tacto [risas], y fue cuando salió el agua y luego no sabían si había roto fuentes o no había roto fuente, bueno un enredo. Luego ya uno estaba como de turno y se fue, y entonces vino otro, o sea eso fue toque y toque [...]. Todo el mundo metiéndole el dedo y mirando, y es que además no era uno, sino varios los que entraban ahí: “cómo va” y levantaban la sábana y lo miraban a uno y uno pues..., se sentía uno como... no sé, no era agradable (Relato de Virginia, citado por Vallana, 2019:139).

Los relatos de las mujeres argentinas que fueron recopilados por el INSGENAR, señalan la forma en la que se ejerce violencia sexual en la atención obstétrica, por lo que se identificó que los profesionales de la salud descuidan el desnudo de las mujeres, además de que el tacto

es realizado teniendo como espectadores a múltiples estudiantes: *“me metieron mano, más o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran”* (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:42); *“sentí que “estaba en una vidriera”, llegaron unos alumnos, aproximadamente 3 por cama, según escuchó decir al profesor. Yo estaba desnuda, me destapaban y ellos hablaban en grupo”* (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:42).

Como se puede observar, existe más información sobre la violencia psicológica, la verbal y la física; referente a la violencia sexual existe información que sirve como precedente, sin embargo, se identifica una carencia de datos que permitan ampliar las manifestaciones de esta forma de violencia. A pesar de que fueron revisados diversos artículos cualitativos, cuantitativos y de análisis documental, no se encontraron grandes hallazgos e información sobre esta, lo cual puede llevar a pensar que la violencia sexual en la atención obstétrica y ginecológica es un tema poco visible y, por lo tanto, poco indagado.

2.2.4. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos

Los procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria son aquellos que realizan los médicos/as en la atención del parto, aunque no siempre sean indispensables; aquí se incluye el rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos¹⁰; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; colocación de vías intravenosas por igual a todas las mujeres; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; administrarle agua / glucosa a las/os niños amamantados; realizar la ligadura y el corte del cordón de manera temprana, realización rutinaria y sin justificación de la amniotomía¹¹ y realización de cesáreas innecesarias y esterilización quirúrgica sin consentimiento informado o coercitivo (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Orozco y Rocha, s/f; Secretaría de Salud, 2010).

Orozco y Rocha (s/f) señalan que para la realización de estos procedimientos técnicos existen indicaciones específicas, por lo que pueden ser considerados formas de manifestación de la violencia obstétrica cuando estos son efectuados de manera rutinaria, coercitiva y sin consentimiento informado en todas o en la mayoría de las mujeres y sin que exista alguna indicación médica precisa; estas acciones podrían atentar contra la integridad de la mujer, y de los hijos/as, dado que algunos de estos procedimientos no brindan aportes positivos, sino que al contrario, pueden resultar negativos.

En el caso de la aplicación de medicamentos vías intravenosas, Orozco y Rocha (s/f) mencionan que este procedimiento impide el libre movimiento y deambulación de las mujeres, por lo que deben permanecer sin moverse, lo cual provoca que la dilatación sea más

¹⁰ Medicamentos usados para acelerar artificialmente el proceso de parto al incrementar la frecuencia y fuerza de las contracciones uterinas (Orozco y Rocha, s/f).

¹¹ La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

lenta y se retarda el proceso del parto; lo anterior lleva a que se induzca artificialmente la labor del parto mediante oxitócicos, lo que a su vez propicia contracciones más dolorosas y mayor riesgo de desgarros perineales; de ello resulta que se realice una episiotomía con mayor frecuencia, el cual es un procedimiento que pone en riesgo a las mujeres de sufrir infecciones (Camacaro, 2010, citado por Orozco y Rocha, s/f).

En el estudio realizado en Colombia por Vallana, se logró identificar que los procedimientos médicos injustificados son una manifestación de la violencia obstétrica y se asocia con la repetición de protocolos en una mujer que no requiera de intervenciones durante su parto. En este sentido, toda intervención realizada que no esté médicamente justificada y aprobada por la mujer puede ser considerada como violencia obstétrica. De la misma manera, forzar a una mujer a consentir intervenciones como cesáreas, por medio del uso y abuso del poder médico obstétrico o mediante amenazas que generen miedo, constituye una violación de sus derechos humanos (Vallana, 2019:137).

En relación con el consentimiento informado, un estudio cuantitativo efectuado en Venezuela por Pereira, Domínguez y Toro, demostró que del total de la muestra (326 mujeres), 34.4% afirmó no haber recibido información suficiente y adecuada sobre los procedimientos que le practicaron los médicos y las enfermeras; así mismo, 65.6% manifestó que no se le pidió su autorización por escrito (consentimiento informado) antes de haberles practicado algún procedimiento médico o quirúrgico; del mismo modo, al preguntarles si les habían realizado uno o varios de los procedimientos (rasurado de genitales, cesárea, otros) sin pedirles su consentimiento o explicarles por qué eran necesarios, la respuesta fue afirmativa en 32.5% de las pacientes (Pereira, Domínguez y Toro, 2015:86).

En otra investigación realizada en Venezuela por Terán y sus colaboradores, se encontraron datos que reflejan la manifestación de esta forma de violencia; en ese sentido, los datos indicaron que, del total de muestra (425 mujeres), 31.3% mencionó que les fueron administraron medicamentos (oxitócicos) para acelerar el parto, 23.5% indicó que le hicieron cesárea sin que estuviera programada, 19.5% afirmó que le realizaron la amniotomía, 1.9% manifestó que le realizaron rasurado de pubis y 1.9% afirmó que le realizaron enemas evacuantes (Terán, y colaboradores, 2013: 177).

2.2.5. Discriminación social

La discriminación social en la atención obstétrica se relaciona con el rechazo de la admisión en centros de salud por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos. Se puede expresar mediante estigmas, prejuicios o tratamiento diferencial por aspectos de edad, salud, raza, etnia, color, condición social, estrato económico, estado civil, preferencia sexual, religión o nivel educativo (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Desde el punto de vista de Orozco y Rocha (s/f), las mujeres con pocos recursos económicos con frecuencia son las que reciben mala atención obstétrica y, por lo tanto, un mal tratamiento; también argumentan que es más común que las mujeres que no cuentan con recursos económicos sean humilladas por no tener recursos para cubrir los pagos; en otros casos son discriminadas por pertenecer a contextos pobres o por vivir en zonas rurales; así

mismo, destacan que son maltratadas y se les discrimina con frases como: “sucias” o “desaliñadas”. También Orozco y Rocha (s/f) hacen notar que las mujeres con VIH son discriminadas y se les retrasan las intervenciones para evitar tener contacto con ellas. Estos mismos autores, plantean que, en lo referente a la edad, las madres adolescentes y las mujeres de edad avanzada con varios hijos son más propensas a ser discriminadas durante la atención obstétrica.

2.2.6. Negligencia en la asistencia médica

La negligencia en la asistencia se considera una manifestación de la violencia obstétrica; esta se expresa cuando la atención obstétrica se realiza con descuido o sin las debidas precauciones; así mismo, se refleja cuando no se les brinda a las mujeres las atenciones médicas que requieren antes, durante y después del parto (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010). También se manifiesta cuando:

1. La asistencia es indiferente.
2. Se abandona y no se brinda atención adecuada a las pacientes.
3. Se niega la atención a las mujeres por considerarlas “quejosas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “poco colaborativas”, “cuestionadoras”.
4. Se posterga o niega la asistencia a mujeres que acuden por situaciones de aborto (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Las narrativas de las mujeres argentinas que fueron recopiladas por el INSGENAR, manifiestan la atención inadecuada que reciben algunas pacientes después del parto:

El primer día después de la operación vinieron unas enfermeras y me dijeron que me tenía que lavar sola la herida. Yo les dije que no me animaba, que me daba impresión, y me dijeron: que impresión ni impresión, nenita, andá y hacé caso, lavate, que acá no estás para pedir nada (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:53).

Del mismo modo, se identificó que esta forma de violencia se refleja mediante la negación o la no atención inmediata de las parturientas:

Yo cuando fui a tener a mi primer bebé me pasó que un doctor me dejó hasta que más o menos me llegue la hora de mi parto, pero en ese momento yo estaba sentada en una silla y ni siquiera me preguntaron si yo me sentía mal y cuando vino mi marido y me miró y se dio cuenta que nadie me atendía, golpeó y le dijeron que yo no les había golpeado la puerta. Cuando me atendían ellos me dijeron: tendríamos que dejar que lo tenga afuera para que hablen bien (Posadas 2008, citado por INSGENAR, 2008:53).

En este mismo documento, se encontraron algunos relatos que reflejan que cuando las mujeres acuden por situaciones de aborto, la atención se posterga, reciben una inadecuada atención y son amenazadas o en otros casos se les niega la asistencia obstétrica:

Tenía 18 años y un embarazo de 5 meses, como estaba con mucha pérdida de sangre y estábamos muy asustados la llegamos. Cuando llegamos, uno va tan jugado y lo primero que le dicen, te amenazan y tenés que pelear para que te atiendan y cuando te atienden te amenazan (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:56).

Comencé con hemorragias cuando cursaba las 16 semanas de su embarazo. Como la pérdida de sangre era muy abundante y no podía caminar un familiar la llevó en brazos hasta la guardia del servicio de obstetricia... Golpeó insistentemente porque pensaba que se desmayaba en la sala de espera y no la atendían. Cuando ingresó al servicio, la profesional que la recibe le dice a otra médica, “podes creer un aborto a las 3hs. de la mañana”, escuchá lo que dice la Srta., “encima es negativa”... ” si te vas tenemos que llamar a la policía” (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:56).

Me llevaron a la guardia de la maternidad, sentada me manchaba toda, yo dije que me estaba desangrando, me hicieron subir al 1er. piso, vino una mujer con uniforme no sé si era enfermera o médica, se ve que estaba de mal genio, porque de muy mal modo y mirándome de arriba abajo, preguntó ¿Quién es la que se está desangrando?, me hizo sentar y me informó que tenía que esperar. Después de 1 (una) hora de esperar sola en una salita sentada en un banco toda mojada, bajé a buscar a mis familiares y mejor llevaron a otro hospital de la ciudad (Rosario, 2003, citado por INSGENAR, 2008:56).

Mi hija fue llevada al hospital por su hermana porque comenzó con hemorragia. Cuando llega al hospital ya se había producido el aborto, la recibe la guardia y le dicen a mi nena mayor “decime que se hizo tu hermana o no la vamos a atender y la vamos a dejar morir”. Mi hija me llama y me cuenta. Aparezco en el hospital y le dije a la doctora “¿usted por qué se negó a atender a mi hija y exigió que la otra diga que se hizo un aborto?, vos estás para salvar vida, vos tenés que atenderla y después, si el derecho te asiste, hace preguntas Prostituta! Entonces me dijo: “¿por qué me faltas el respeto?” y le dije: “vos tratas a mi hija de asesina y yo te digo prostituta, ley pareja nadie se queja” (Resistencia 2008, citado por INSGENAR, 2008:56).

Como se puede observar, los resultados de diferentes estudios indican que las mujeres pueden ser víctimas de diversas manifestaciones de la violencia obstétrica. Sin embargo, para Figueroa y sus colaboradores (2017), algunas mujeres continúan sin percibir las expresiones de esta forma de violencia. Esto coincide con lo que señala el INSGENAR (2008) dado que este organismo refiere que uno de los principales problemas es que los insultos en la atención obstétrica son sumamente comunes, por lo que algunas mujeres no los conciben como una forma de violencia.

Es importante señalar que en el estudio realizado por Figueroa y sus colaboradores (2017:19), se resaltó que, de la muestra total (45 mujeres), 84.4% indicó desconocer alguna ley que las respalde contra la violencia obstétrica. De igual manera, estos autores revelan que cuando aplicaron la encuesta, “varias de ellas manifestaron que no sabían que estaban siendo violentadas hasta que les realizaron la encuesta” (Figueroa y sus colaboradores, 2017:19). Otro hallazgo interesante es el que encontraron Pereira, Domínguez y Toro (2015:86), ya que estos autores indican que en su estudio, de la muestra total (326 mujeres), 80.1% refirió desconocer los mecanismos de denuncia en el caso de haber sido atendida con alguna sospecha de que hubiera ocurrido violencia obstétrica; del mismo modo, 70.9% mencionó desconocer sus derechos para ser atendidas sin sufrir violencia obstétrica.

En ese sentido, se puede decir que la violencia obstétrica es un fenómeno que requiere hacerse más visible, dado que algunas mujeres aun no identifican la forma en la que pueden ser

violentadas cuando acuden a recibir atención obstétrica (Figuerola y sus colaboradores, 2017). Por su parte, Valdez y sus colaboradores (2013:20) proponen que es indispensable la educación de las usuarias y el personal de salud en materia de derechos humanos; así mismo, refieren que en tanto la institución y las autoridades de salud no regulen la atención obstétrica, el atropellamiento de los derechos humanos de las mujeres seguirá siendo una práctica naturalizada dentro de las instituciones de salud, especialmente en lo que refiere a la salud pública. Finalmente, Da-Silva y Santana (2017:78) afirman que, si el impacto de la violencia en las mujeres es considerable, “también lo deben ser las sanciones impuestas a los que ejercen la violencia obstétrica”.

2.3. Naturalización de la violencia obstétrica

La violencia que se ejerce en contra de las mujeres posee dos características culturales: la invisibilidad y la naturalización, ya que suele considerarse como algo “natural” o como un “asunto privado” (Sigríður, 2011:106). El concepto de naturalización se refiere a aquellos elementos creados y validados culturalmente, por lo que en determinadas situaciones el uso de la violencia puede ser aceptada, considerada justa o bien empleada (Fernández, 2009, citado por Martínez, Robles, Utría, y Amar, 2014).

Martínez y otros (2014:140) consideran que la violencia es naturalizada cuando “la intencionalidad de hacer daño no es reconocida”; o cuando existe “justificación, autorización o aceptación de la violencia cometida” (Incháustegui, 2010:12). Para Sigríður (2011) la naturalización de la violencia es producto de normas culturales y de costumbres sociales que prevalecen en la sociedad y es aceptada ya que detrás de ese proceso se encuentran discursos y modelos de conducta que influyen para su naturalización.

En el caso de la violencia obstétrica, Barbosa y Modena (2018:8) consideran que esta práctica forma parte de una cultura de violencia institucional enraizada, en donde la invisibilidad y la naturalización son las principales características de este fenómeno que viven las mujeres; desde la visión de estos autores estas particularidades no permiten que la violencia obstétrica se reconozca como una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública.

Un estudio de corte cualitativo realizado por Rangel y Martínez en 2016, en San Luis Potosí, mostró un análisis que gira en torno a la naturalización de la violencia obstétrica. Es importante referir que el objetivo de este estudio fue conocer cuáles hechos son percibidos por las mujeres parturientas como actos de violencia obstétrica. En dicha investigación la técnica implementada fue la entrevista grupal, pero también se realizó análisis del discurso.

Este estudio fue realizado específicamente en seis municipios que conforman la microrregión Huasteca Centro; las mujeres entrevistadas eran indígenas y oriundas de esa región. Rangel y Martínez (2017) mencionan que es frecuente que las mujeres indígenas vivan e interactúen en contextos en donde culturalmente el maltrato es naturalizado, lo cual puede favorecer para que no identifiquen las acciones que transgreden sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Ahora bien, aunque la parte medular de este apartado es conocer qué expresiones de la violencia obstétrica son naturalizados por las mujeres, no se pueden dejar de mencionar los hechos que fueron percibidos como violentos por las informantes.

Los hallazgos de Rangel y Martínez (2017) permitieron identificar que la violencia verbal, psicológica, el aislamiento, la vulneración de la privacidad, el tacto vaginal, la separación prematura del recién nacido, los ayunos prolongados y la prescripción de métodos anticonceptivos mediante coerción, son algunos de los hechos que las mujeres que participaron de ese estudio percibieron como violencia.

Rangel y Martínez (2017) lograron detectar que, en este grupo, las agresiones verbales y psicológicas fueron percibidas como violencia obstétrica y las experimentaron cuando fueron obligadas por los médicos a callarse o les impidieron manifestar sus emociones. El aislamiento fue considerado como un acto violento que las vulneró psicológicamente y las expuso a sufrir algún accidente. La violación de su privacidad fue otro de los actos que las mujeres identificaron como violencia, dado que mencionaron haber sido grabadas sin su consentimiento por los médicos en el momento del parto o cesárea.

En ese mismo orden de ideas, Rangel y Martínez (2017) lograron encontrar que la separación prematura del recién nacido constituyó un hecho violento. Los ayunos prolongados de más de 8 horas o la negación para ingerir líquidos o alimentos fueron percibidos como violencia, ya que señalaron que sintieron la necesidad de alimentarse o de ingerir líquidos, pero no se lo permitieron. La prescripción de métodos anticonceptivos mediante coerción fue otro de los actos que estas mujeres percibieron como violencia, dado que manifestaron que fueron amenazadas con suspenderles los apoyos sociales (prospera y seguro popular) si no accedían a utilizar un método anticonceptivo. Por último, el tacto vaginal fue el procedimiento médico que este grupo de mujeres percibió como violencia, para ellas fue incómodo, doloroso, además de que fue realizado por varios médicos.

Por otra parte, Rangel y Martínez (2017) identificaron que la falta de aplicación de la anestesia epidural para el manejo del dolor, la episiotomía, la maniobra de kristeller y la administración de exitositos fueron expresiones de la violencia obstétrica que este grupo de mujeres naturalizaron, es decir, no los identificaron como violencia en la atención del parto o cesárea; por lo tanto, no los percibieron como hechos violentos.

Rangel y Martínez (2017) indican que la maniobra de kristeller y la administración de oxitocina son procedimientos médicos que las mujeres no percibieron como violencia y tampoco los asociaron con algún riesgo que pudiera afectarlas; al contrario, lo distinguieron como algo benéfico e inclusive agradecieron al personal, porque consideraron que fue una ayuda para que el nacimiento se realizará más rápido. Sin embargo, para estos autores el desconocimiento y la falta de información sobre los riesgos que pueden traer estos procedimientos, podrían ser la causa que incidió para que las mujeres no lo percibieran como violencia y por lo tanto lo naturalizaran.

Respecto al manejo del dolor, Rangel y Martínez (2017) detectaron que a las mujeres que participaron en el estudio, no se les aplicó anestesia epidural, dado que este recurso solamente

es utilizado cuando el nacimiento es mediante cesárea. Además, se identificó que, para este grupo de informantes, soportar el dolor del parto es considerado algo natural y forma parte de su entramado cultural, por lo que la aplicación de la anestesia epidural para paliar el dolor no fue percibida como una necesidad; de tal suerte, el manejo adecuado del dolor durante el parto fue naturalizado y no se identificó como un hecho violento.

En cuanto a la episiotomía, Rangel y Martínez (2017) identificaron que la mayoría de estas mujeres la experimentaron, pero se dieron cuenta que se les realizó esta intervención cuando llegaron a su casa y sintieron dolores; sin embargo, aunque manifestaron sentir dolor, este procedimiento no se percibió como un acto violento. Nuevamente, los autores señalan que esto puede obedecer a que desconocen los daños o riesgos que esta intervención puede ocasionarles. “La medicalización y los procedimientos que implican riesgos adicionales no son contemplados como violentos por las propias usuarias” (Rangel y Martínez, 2017:168).

Los hallazgos del estudio realizado por Rangel y Martínez (2017) indicaron que las expresiones de la violencia obstétrica que son naturalizadas son las que se denominan procedimientos médicos rutinarios; los resultados reflejaron que estas prácticas no fueron percibidas por las mujeres como violencia. Según Rangel y Martínez (2017) para las mujeres suele ser difícil identificarlas como prácticas médicas violentas y esta dificultad de reconocimiento no sólo la tienen las usuarias, sino también los prestadores de la atención de la salud que la llevan a cabo. Lo anterior lleva a proponer que la naturalización de la violencia puede ser analizada desde dos marcos de interpretación: 1) naturalización de la violencia por parte de los profesionales de la salud y 2) naturalización de la violencia por parte de las usuarias.

En el caso de la naturalización de la violencia por parte de los profesionales de la salud Barbosa y Modena (2018) señalan que los profesionales de la salud tienen dificultades para identificarse como causantes de violencia obstétrica; señalan que los médicos perciben sus prácticas médicas como naturales, justificables y necesarias, dado que estas son llevadas a cabo para el bien de las pacientes; desde la visión de estos autores esto propicia la legitimación de sus acciones. Barbosa y Modena (2018) sostienen que ciertos profesionales de la salud banalizan algunos actos relacionados con la atención obstétrica, propiciando la naturalización de los mismos; por ejemplo, realizan bromas y chistes refiriéndose a las pacientes en labor de parto; para ellos estas conductas forman parte de lo cotidiano de la atención.

Lo citado con antelación coincide con lo que exponen Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2016), ya que estos investigadores mencionan que los profesionales de la salud en ocasiones no identifican y naturalizan algunos actos violentos en la atención obstétrica, lo cual puede darse por una falta de conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además de que han internalizado una cultura médica hegemónica. Este último supuesto se relaciona con lo que mencionan Castro y Erviti (2015), quienes consideran que la violencia por parte de los profesionales de la salud es naturalizada debido a que los médicos, a lo largo de su formación profesional, van adquiriendo prácticas médicas autoritarias y, en

consecuencia, las identifican y perciben como algo natural que van formando parte de su quehacer profesional. Finalmente, estas prácticas se reproducen en el campo de trabajo.

Salgado y Díaz (2017) relacionan la cultura médica hegemónica con las asimetrías que existen en la relación médico-paciente; para estos autores las prácticas médicas violentas en la atención obstétrica que justifican y naturalizan algunos profesionales de la salud, se deben a las manifestaciones de poder que los médicos ejercen sobre los pacientes; en ese sentido, el poder en el ámbito de la atención obstétrica se muestra mediante abuso, desinformación y maltrato, lo cual es silenciado por las mujeres debido a que asumen su posición de pacientes subordinadas; lo anterior puede favorecer que ciertos hechos o comportamientos que realizan los médicos durante la atención obstétrica sean naturalizados también por las mujeres.

Por otra parte, Tobar, Cuchumbe, Ledesma, Muñoz, Paja y Suarez (2019) refieren que algunos profesionales de la salud ejercen violencia obstétrica sin plena conciencia de lo que sus prácticas médicas autoritarias y violentas pueden ocasionar en la salud o en la vida de las mujeres; algunos de ellos las justifican y naturalizan, lo que se puede deber a diversos motivos como: la internalización de la cultura médica hegemónica, la falta de seguimiento y cumplimiento de protocolos de atención y de las políticas institucionales, la sobrecarga laboral por los recursos económicos precarios que se asignan al sistema de salud y a una deficiente infraestructura que no garantiza una atención de calidad; en ese sentido, desde esta perspectiva se advierte que son diversos aspectos los que pueden favorecer la generación de violencia obstétrica e impedir la posibilidad de que los partos se realicen respetando y garantizando los derechos de las mujeres.

Siguiendo la misma línea, Barbosa y Modena (2018) plantean que algunos de los profesionales de la salud justifican y naturalizan el escenario violento que se da con frecuencia en la atención obstétrica, debido a la sobrecarga de trabajo, el agotamiento físico y mental que experimentan, los escasos recursos humanos y materiales con los que cuentan, la precariedad de las condiciones en la que se encuentra el sistema de salud y la carencia de infraestructura que existe en las instituciones de salud; por lo anterior, estos aspectos contribuyen para que se generen ambientes estresantes que facilitan la violencia en la atención del parto, propician que el personal de salud adquiera una falta de compromiso profesional por las inadecuadas condiciones de trabajo en las que laboran, favorecen el debilitamiento de la ética médica y perpetúan las prácticas médicas violentas.

Referente a la naturalización de la violencia por parte de las mujeres, Valdez y sus colaboradores (2016) añaden que esto se debe a que muchas mujeres desconocen los derechos que se relacionan con la salud sexual y reproductiva. De igual manera, Castro y Erviti (2015) han señalado las dificultades que las mujeres tienen para identificar algunas modalidades de la violencia obstétrica, situación que, según ellos, se debe a que una gran mayoría no han sido informadas sobre sus derechos en el parto, ni sobre los procedimientos médicos rutinarios y los riesgos que estos puede tener en la salud.

Lo señalado con antelación cobra sentido, dado que el estudio realizado por Rangel y Martínez (2017:168) permitió identificar que las mujeres naturalizan la aplicación de algunos procedimientos médicos rutinarios; estos autores dicen las mujeres no son informadas de los

riesgos que les puede producir que “les administren medicamentos para inducir o reforzar las contracciones o los dolores de parto”; además, argumentan que el uso de algunos procedimientos están “desaconsejados por la NOM-007-SSA2”, ya que constituyen un riesgo para la salud de las mujeres y su aplicación se considera “un abuso en la medicalización”.

Las mujeres desconocen sus derechos sexuales y reproductivos, esto propicia “que no logren distinguir si sufrieron o no actos violentos porque confían en los profesionales que las atienden”; de esa forma terminan aceptando de forma pasiva los “procedimientos sin ningún cuestionamiento, no expresan sus deseos, sus dudas y, en silencio, sufren sin al menos tener conocimiento de que fueron violentadas”; esta pasividad contribuye para que los profesionales de la salud impongan lo que consideran que es mejor para las pacientes (Barbosa y Modena, 2018:9).

Para Tobar y sus colaboradores (2019) las mujeres aceptan y justifican algunas formas de violencia obstétrica, debido a la interiorización y a la naturalización de las relaciones jerárquicas que ha existido entre médico-paciente. La violencia obstétrica en la atención del parto es tan frecuente que las gestantes lo han naturalizado, ya que lo consideran como “parte del proceso de atención al que deberán someterse” (Tobar y otros, 2019:140).

De igual manera, estos investigadores advierten que las parturientas han naturalizado algunas formas de violencia obstétrica, ya que han interiorizado que la atención obstétrica va acompañada de ciertas conductas autoritarias, ya sea porque lo han experimentado en partos anteriores, lo han presenciado o lo han escuchado en relatos de otras mujeres.

2.4. Contexto político de la violencia obstétrica

A principios de este siglo llamó la atención la violencia obstétrica como un problema emergente en los servicios de salud y en materia de derechos humanos (Castro y Frías, 2020); Sadler, Santos, Ruiz, Rojas, Leiva, Skoko, Gillen y Clausen (2016) indican que aunque este fenómeno se ha colocado en las agendas feministas, ha sido mayoritariamente ignorado por las políticas públicas, las instituciones y los profesionales de la salud; esto indica la necesidad de analizar más ampliamente este problema, es decir, no solamente desde un entramado cultural y social, sino también desde lo político.

Desde la perspectiva de González (2015), el Estado, las políticas públicas y los medios de comunicación continúan invisibilizando la magnitud de la violencia obstétrica. Por su parte, Endler, Al Haidari, Chowdhury, Christilaw, El Kak, Galimberti, Gutierrez, Ramirez-Negrin, Senanayake, Sohail, Temmerman y Danielsson (2020) señalan la existencia de importantes discrepancias entre la agenda pública y la realidad social, así como brechas entre la formulación de políticas y su implementación en la práctica. Estas diferencias influyen en que las acciones de los servidores públicos del sector salud no logren traducir los lineamientos de la agenda pública en políticas públicas efectivas.

Para Endler et al. (2020), la salud constituye un derecho humano fundamental, por lo que todas las personas deben tener acceso y gozar de los más altos estándares de calidad en la atención médica, siendo el Estado el principal responsable de garantizar este derecho universal. En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud (2017) establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales

de todo ser humano”. Asimismo, este organismo señala que el derecho a la salud comprende el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención médica de calidad suficiente. De igual manera, enfatiza que dicho derecho debe ejercerse sin discriminación por motivos de raza, edad, etnia u otras condiciones.

Este mismo organismo sostiene que el derecho a la salud engloba libertades, pero también derechos; en el caso de las libertades, en éstas se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo; mientras que los derechos incluyen el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a mujeres y hombres las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud. La OMS (2017) menciona que las políticas públicas y programas de salud pueden promover, pero también violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud.

Endler y sus colaboradores (2020) indican que, a pesar de que la salud es un derecho universal que debe ser garantizado por el Estado, muchas mujeres en el mundo siguen enfrentando obstáculos para recibir atención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva, esto debido a diversos aspectos entre los que se encuentran: la falta de recursos económicos y de autonomía financiera, las normas y prejuicios de cómo y cuándo las mujeres legítimamente pueden buscar atención médica, el estigma y la vergüenza asociados a la sexualidad femenina.

La falta de acceso a la salud o la mala calidad en el servicio se agrava en mujeres migrantes o refugiadas, debido que no son consideradas ciudadanas por el Estado, por lo que existe una falta de sensibilización sobre sus derechos, lo que propicia una respuesta gubernamental inadecuada (Endler y otros, 2020).

Sadler y otros (2016) indican que, a medida que se ha ido analizando la calidad en la atención de la salud, específicamente en la salud sexual y reproductiva, se han hecho evidentes un gran número de faltas de respeto y abusos que padecen las mujeres durante el embarazo, en el parto y después del parto; del mismo modo, se han visibilizado las condiciones marginales en las que se encuentran las instalaciones en donde son atendidas, la falta de recursos materiales y humanos, así como el trato indigno que reciben por parte de los servidores públicos de la salud.

Como ya se mencionó con anterioridad estos abusos durante el embarazo, el parto y después del parto se han denominado violencia obstétrica. De acuerdo con Castro (2014), esta forma de violencia en contra de las mujeres cada vez se ha hecho más evidente dentro de las instituciones de salud, especialmente en los hospitales públicos. Según Barbosa y Modena (2018) existe un factor que torna más vulnerables a las mujeres para sufrir violencia obstétrica. Este es el factor económico, dado que la precariedad propicia que las mujeres acudan a solicitar servicios médicos gratuitos o de muy bajo costo a las instituciones de salud pública, los cuales suelen carecer de calidad.

Montaño (2005) afirma que existe una diferencia entre la calidad de los servicios públicos y los privados a los que accede la población. Los primeros otorgan un servicio de muy bajo costo y por lo tanto brindan una calidad precaria, por lo que los que acceden a este servicio son ciudadanos con falta de recursos económicos. Mientras que los segundos brindan buena calidad, pero los que pueden acceder a este servicio son ciudadanos de otras condiciones económicas.

A modo de ejemplo, Cassiano et al. (2016) realizaron un análisis sobre las diferencias en el trato hacia las usuarias de servicios obstétricos en hospitales públicos y privados. Por un lado, identificaron que las mujeres que accedieron a servicios privados recibieron una atención más cuidadosa, caracterizada por conductas profesionales adecuadas y la resolución de dudas relacionadas con el proceso de parto, en el marco de un servicio remunerado. Por otro lado, las mujeres que acudieron a hospitales públicos financiados por el Estado reportaron una atención carente de consideraciones, en la que el personal de salud asumía la prestación del servicio como un acto de “generosidad”. En estos casos, la atención se brindaba sin explicaciones y con imposición de criterios médicos, lo que llevó a las mujeres a aceptar dichas condiciones ante la falta de alternativas, debido a la imposibilidad de acceder a servicios privados.

De acuerdo con Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez (2015:361) el bajo costo de los servicios financiados por el Estado guarda una relación directa con una mala calidad de la atención. Del mismo modo, es preocupante que la mayoría de las muertes maternas ocurran por causas atribuibles a la calidad y atención precaria. Para estos autores, las deficiencias en la calidad de la atención abarcan tres dimensiones: la técnica, la de accesibilidad y la de trato.

El aspecto técnico se refiere a “la realización de intervenciones inadecuadas o inapropiadas, ya sea por deficiencias en las competencias desarrolladas por el personal médico o carencias en la infraestructura”; la accesibilidad se relaciona con “los obstáculos en el interior de los establecimientos para brindar una atención médica oportuna, incluye demoras e incluso negativas para otorgar servicio”; la dimensión de trato alude a “los distintos tipos de maltrato (físico, verbal y sexual) y las violaciones a la autonomía de las usuarias (por ejemplo, realización de procedimientos médicos sin consentimiento)” (Meza y otros, 2015:361).

Meza y su equipo (2015:361) señalan que en México existen grandes fallas en las instituciones de salud pública y que hacen evidente la mala calidad técnica, administrativa y de trato que se brinda a las mujeres que acuden a solicitar servicios relacionados con la salud materna. Barbosa y Modena (2018:8) sugieren que esto afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, dado que ellas se convierten en usuarias de un servicio de bajo costo y, como afirma Montaña (2005), de dudosa calidad. Estos autores añaden también que las mujeres de minorías étnicas y las de baja instrucción escolar están más expuestas a los abusos de poder institucional, así como a las arbitrariedades de poder de los profesionales de la medicina; esto coincide con lo que señala González (2015), ya que para este autor el derecho a la salud y al acceso oportuno a servicios de atención de calidad son transgredidos en ciertos grupos de mujeres que viven en condiciones vulnerables, ya sea por su situación socioeconómica, su nivel de instrucción o su origen étnico.

Canchola, Cruz, Martínez y Morril (2017:2) indican que en el contexto mexicano Chiapas, Guerrero y Oaxaca son los estados en donde se concentran más lugares y personas con alta marginalidad. En estos contextos, tanto las muertes maternas como los episodios de violencia obstétrica representan el doble del que se observa en otros estados mexicanos; las razones podrían ser las siguientes: las precarias condiciones socioeconómicas de las mujeres afectadas, las malas condiciones o la falta de la infraestructura de los hospitales, la falta de acceso a una atención médica oportuna y la calidad de la atención y del trato.

Narro, Moctezuma y De la Fuente (2013) sostienen que el acceso a los servicios de salud es un derecho social que el Estado, a través de las políticas sociales, debe garantizar; sin

embargo, desde su visión, los derechos sociales que están estipulados en la Constitución Política de México, promulgada en 1917, solamente son una aspiración, que no se hacen realidad para muchos ciudadanos; estos derechos están en la letra, pero no en la realidad social. Este planteamiento es ratificado por Uribe (2011), quien afirma que en 1983 fueron aprobadas dos reformas al Artículo 4 de la Constitución, por lo que se estableció el derecho a la protección de la salud y a una vivienda digna, aunque esto no significó que a la par se pusieran en práctica estrategias políticas para garantizar estos derechos (Uribe, 2011). Hasta la fecha continúan existiendo desigualdades en el acceso a los servicios de salud, dado que existen municipios en los que su población carece de servicios básicos de salud; por otra parte, el derecho a la seguridad social es el más ausente en la población mexicana, ya que 80% de la población carece de ella; la pobreza se acentúa más en comunidades rurales y aún más en las indígenas (Narro, Moctezuma y De la Fuente, 2013).

Según estos investigadores muchas personas viven en localidades en condiciones de aislamiento y sin acceso a servicios de salud; esto se debe a que las políticas públicas han destinado más recursos económicos a otros asuntos que consideran prioridad (como por ejemplo la lucha contra el narcotráfico, entre otros) y han asignado menos recursos para el desarrollo de infraestructura vial y para la creación o el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria (Narro, Moctezuma y De la Fuente, 2013). En ese sentido, tanto la muerte materna como la violencia obstétrica representan un problema de salud pública. Para Canchola y su equipo (2017) esto podría prevenirse si se atendieran tres factores esenciales: 1) acceso a la atención médica; 2) la calidad de la atención médica, y 3) traslado efectivo en situaciones de emergencia obstétrica. Sin embargo, la burocracia responsable de la salud:

En particular las áreas encargadas del diseño, implementación y ejecución de políticas públicas de salud enfocadas a la atención de las mujeres propensas a sufrir el problema, ya sea por razones presupuestales o de otra índole, han demostrado su incapacidad para atender estos problemas sociales (Canchola y otros (2017:5).

Para Canchola y sus colaboradores (2017:5), la muerte materna y la violencia obstétrica, al constituir problemas de salud pública, reflejan un incumplimiento de “justicia social y una falta de garantía de una diversidad de derechos de la mujer: reproductivos, sexuales, maternidad voluntaria y segura y a una vida libre de violencia”.

2.4.1. Mecanismos y agentes de control estatal relacionados con la violencia obstétrica y el derecho a la salud

Para analizar la violencia obstétrica como problema de salud pública, no sólo se deben considerar los aspectos relacionados con el personal de salud, sino que se debe analizar la dimensión política, social y económica (Sadler y otros, 2016). Por lo anterior, para el abordaje de este fenómeno desde una perspectiva política se deben considerar tres actores principales: 1) las mujeres como ciudadanas y sujetas de derechos; 2) el campo burocrático, es decir, las instituciones de salud pública (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y el Seguro Popular), principalmente, porque es ahí en donde se decide la distribución de los recursos económicos por medio del presupuesto, para la atención de las necesidades sociales; dicho de otro modo, “son quienes deciden y distribuyen el capital económico que ostenta el Estado, que a su vez controla el capital cultural de la sociedad mexicana”, y 3) la sociedad civil, la cual, a través del activismo y de los movimientos sociales, levanta la voz y así hacen visibles los abusos y las transgresiones de derechos de los que han sido víctimas las mujeres (Canchola y otros, 2017:6).

Como primer punto es necesario mencionar que desde el campo burocrático y a través de las políticas sociales se ha buscado aminorar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, es por eso por lo que la Secretaría de Salud Federal, en 2004, creó el Seguro Popular (Canchola y otros, 2017). En relación con lo anterior Uribe (2011) explica que en el sexenio de Vicente Fox (2000-2006), se puso en marcha el Seguro Popular (SP de aquí en adelante) como un programa piloto; esto fue en el año 2001; más tarde, en 2004, se formalizó. El objetivo de este programa fue alcanzar la cobertura universal en salud, al incluir a quienes no estaban cubiertos por las instituciones tradicionales (IMSS, ISSSTE), aunque este autor también menciona que durante este sexenio se implementaron nuevas dinámicas de selección de los beneficiarios, lo que acentuó más la exclusión social.

Canchola y su equipo (2017:14) añaden que, a través del SP se buscó cubrir el derecho a la salud, sobre todo el de la población más empobrecida; sin embargo, a seis años de su funcionamiento y por la gran diversidad de servicios de salud que proporcionaba, no alcanzó a brindar acceso a la salud a toda la población; en el caso de la muerte materna este programa no pudo aminorar los riesgos de las mujeres que se ubican en zonas en donde existe mayor rezago social.

Estos autores refieren que anterior al SP, se había creado en 2002 el Programa Arranque Parejo en la Vida, cuyo objetivo primordial fue atender la salud materna; no obstante, en 2004 se puso en marcha el SP, los recursos económicos que se destinaban para la atención materna a través del Programa Arranque Parejo en la Vida fueron disminuidos y canalizados al SP; esto propició una “disminución de la efectividad del primer programa porque no se aumentó el personal médico y no se crearon hospitales”; así mismo, los servidores públicos de la salud aumentaron sus funciones, ya que no sólo debían atender aspectos relacionados con la salud materna, sino también cuestiones de salud general (Canchola y sus otros, 2017:9). En palabras de Canchola y sus colaboradores (2017:14) se hizo “evidente un conflicto entre ambos programas, especialmente por la distribución y asignación de recursos materiales y humanos”; esto trajo como resultado una ineficacia para cubrir los objetivos y las metas de ambos programas. Narro, Moctezuma y De la Fuente (2013) refieren que las fallas de la política social en México se deben a diversas causas, dado que el Estado no asume su responsabilidad social, a lo que se suma la falta de coordinación institucional, la multiplicidad de programas y la mala concentración y distribución de los recursos. Todo lo anterior ha propiciado la ineficiencia de la política social en este país. Siguiendo ese mismo orden de ideas, Canchola y sus colaboradores (2017:9) mencionan que las fallas en las políticas sociales de salud en el contexto mexicano son el reflejo de los mecanismos poco efectivos que implementa el Estado para garantizar el derecho a la salud.

En el contexto de México, no solamente se han hecho evidentes las fallas en las políticas sociales de salud, sino que también se ha evidenciado que son utilizadas como mecanismos de control estatal; en el caso específico de la violencia obstétrica, según González (2015), diversos autores¹² han debatido sobre algunos programas sociales que son financiados por el Estado y que han servido como mecanismo de control y a través de los cuales se ha violentado a las mujeres, sobre todo a las que viven comunidades indígenas; tal es el caso del extinto programa Oportunidades.

¹² Leyva (2014); Pelcastre (2014); Smith (2009) y Pombo (2008).

El programa Oportunidades fue creado en 1997 durante el sexenio de Ernesto Zedillo (1994-2000), aunque cabe señalar que durante ese periodo aparece con el nombre de Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA); dicho programa funcionaba mediante una transferencia económica (condicionada) y se orientaba a familias en pobreza extrema. Sin embargo, en 2002 durante el sexenio de Vicente Fox (2000-2006) PROGRESA cambió su nombre por el de Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, aunque continuó con los objetivos concentrados en la atención y transferencia de efectivo destinado a las familias en extrema pobreza; la diferencia fue que esta se focalizó más en el ámbito rural (Uribe, 2011). González (2015) realizó una investigación con mujeres mayas de diversas comunidades del estado de Yucatán; este estudio buscó analizar las resistencias de estas mujeres contra la violencia obstétrica. Es necesario puntualizar que este autor señala que para las mujeres de dicho contexto atenderse con una partera es una práctica natural y forma parte de su entramado cultural; sin embargo, el programa Oportunidades condicionaba a las mujeres embarazadas, es decir, la transferencia de efectivo que pretendía aliviar la pobreza, no era entregada a las mujeres embarazadas si estas no comprobaban que estaban siendo atendidas por médicos del gobierno y que, desde su perspectiva, representaban los intereses del Estado.

Del mismo modo, González (2015) añade que, si los médicos se daban cuenta que las beneficiarias embarazadas de Oportunidades acudían a revisiones periódicas con parteras, la violencia se incrementaba y las mujeres eran menospreciadas, ya que el Estado había prohibido que las mujeres indígenas tengan partos en sus casas, puesto que la partería estaba criminalizada. Para este autor, el programa Oportunidades desempoderaba a las mujeres mayas, transgredía su cultura y las alienaba en lo relacionado con la salud materna.

Evans (2007) afirma que la acción del Estado se ejerce mediante diversos mecanismos de control; Oszlak (2007) por su parte, manifiesta que el Estado tiene un sistema de dominación con el cual busca mantener y ejercer control de un territorio, así como de las personas, lo cual se manifiesta mediante un sistema institucionalizado y legitimado, a través de leyes, programas, organismos públicos y mecanismos administrativos. La investigación de González (2015) permitió identificar que el programa Oportunidades sirvió como un mecanismo para controlar la salud materna de ese grupo de mujeres mayas; este condicionamiento del que fueron objeto transgredió su libertad de elección y su cultura (González, 2015).

Lo anterior coincide con lo que identificaron Rangel y Martínez (2017), quienes realizaron un estudio con mujeres de comunidades indígenas de San Luis Potosí para conocer las dimensiones de violencia obstétrica en esa región; sus hallazgos indican que las mujeres que habitan en ese contexto eran obligadas, mediante coerción, a utilizar métodos anticonceptivos; en ese sentido, para que accedieran, eran amenazadas con suspenderles los apoyos sociales de Oportunidades y del SP.

Como se puede observar, la investigación de González (2015) y de Rangel y Martínez (2017) reflejaron la vulnerabilidad de estos dos grupos de mujeres indígenas; en el caso de las mujeres indígenas mayas ellas no pudieron decidir sobre la experiencia del parto; por otra parte, a las mujeres indígenas de San Luis Potosí no se les permitió decidir sobre su control natal; en estos casos los funcionarios públicos de la salud fungieron como agentes para imponer el control mediante mecanismos coercitivos; tales actos limitaron la libertad de elección y transgredieron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo cual constituyó violencia (González, 2015; Rangel y Martínez, 2017).

En la actualidad, la violencia obstétrica representa un grave problema a nivel nacional, ya que se encuentra presente en todas las entidades de México (González, 2015); por lo anterior, se requiere que las mujeres hagan exigibles los derechos que tienen. La Suprema Corte de la Justicia de la Nación (2019) refiere que la exigibilidad del derecho a la salud, puede ser un mecanismo de contrapeso del control y del poder estatal.

2.4.2. Activismo y exigibilidad de derechos

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (2019) menciona que un derecho es exigible cuando queda claro en las leyes que son las obligaciones del Estado, como el caso de la salud, que como ya se mencionó anteriormente, se encuentra estipulado en la carta magna constitucional mexicana, la cual fue establecida para regir jurídicamente a México y así garantizar los derechos de los ciudadanos mexicanos. En ese sentido, la exigibilidad podría entenderse como “la acción sociopolítica consistente en demandar a los Estados, a través de distintos mecanismos para que se haga efectivo el cumplimiento de las obligaciones que tiene con los ciudadanos como poseedores de derechos” (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2019:16).

Las estrategias de exigibilidad se consideran acciones de contrapeso para exigir que el Estado se haga cargo de las responsabilidades que tiene con la sociedad y pueden incidir, tanto en el diseño como en la implementación y evaluación de las políticas públicas; además, es una forma de pugnar por el cumplimiento de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud; pero para que se haga efectiva la exigibilidad de derechos se debe considerar que es necesario la implicación y participación de distintos actores y que los ciudadanos sujetos de derechos levanten la voz (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2019:16).

Sadler y sus colaboradores (2016) refieren que la violencia obstétrica, como problema social, se ha hecho visible recientemente, debido a que los movimientos de activistas han buscado estrategias para mostrar este fenómeno y exigir sus derechos humanos. Según estos autores, Brasil fue pionero en discutir aspectos relacionados con esta forma de violencia; en 1993, en ese país, se fundó la Red para la Humanización de Trabajo y Nacimiento, organismo que fue fundado para que, a través del activismo, la fuerza y la cohesión social, se hiciera visible este problema.

Así mismo, Sadler y otros (2016) manifiestan que Brasil fue pionero en organizar la primera conferencia internacional para la humanización del nacimiento, la cual se realizó como un mecanismo de exigibilidad de derechos de las mujeres, ya que existía evidencia de altas tasas de cesáreas que se realizaban en los hospitales públicos; así mismo, se hacían visibles los excesivos abusos, maltratos y transgresiones de derechos que padecían las mujeres brasileñas. Cabe mencionar que en esta conferencia participaron activistas latinoamericanos, investigadores y profesionales de la salud; estos actores debatieron sobre los derechos de las mujeres y los mecanismos que se podían implementar para hacerlos exigibles.

Ahora bien, el estudio que realizó González (2015) en la península de Yucatán permitió identificar el activismo como una estrategia que implementan las mujeres indígenas mayas para resistir y contrarrestar la violencia obstétrica; este autor refiere que las seis mujeres que entrevistó para su estudio son activistas y que se han tenido que organizar para exigir sus derechos, lo cual han realizado mediante diversas actividades, entre las que destacan marchas para concientizar a la población de Yucatán sobre la violencia obstétrica. En estas marchas

no sólo participan las mujeres, sino que involucran a toda la sociedad, ya que, desde su perspectiva, es un problema que compete a todos; también han realizado mesas de sensibilización en el entorno comunitario, con el objetivo de dar a conocer el problema y para invitar a las mujeres que dejen por escrito sus testimonios sobre las experiencias de violencia obstétrica que han vivido; estos relatos los compilan y así hacen públicas las historias y visibilizan la dimensión del problema.

González (2015) describe que estas mujeres activistas trabajan en la creación de documentales para que, a través de estos, la población pueda conocer el fenómeno, estrategia concientizadora; también crearon una asociación civil en la que trabajan para que las mujeres conozcan el derecho a elegir, la violencia obstétrica y los derechos humanos; para ello, diseñaron talleres sobre seguridad materna, en los que enseñan qué es la violencia obstétrica, cómo identificarla y qué hacer cuando se es víctima.

En relación con la parte legal, González (2015) sostiene que la asociación civil creada por las activistas brinda asesoría a las mujeres que han sido víctimas de la violencia obstétrica, para que estas sean indemnizadas por daños y perjuicios, aunque señala que estas ayudas nunca han sido exitosas, dado que, aunque han apoyado a muchas mujeres de la región, han desistido y retirado la acción legal, porque los procedimientos legales son costosos en términos de tiempo y dinero; esto las ha llevado a ofrecer también servicios psicológicos, y señalan que, desde su experiencia, es más probable que una mujer que ha sido víctima de violencia obstétrica acepte ayuda psicológica en lugar de aceptar ayuda legal.

Por otra parte, González (2015) explica que en lo relacionado con los derechos humanos estas mujeres activistas han diseñado talleres, círculos de lecturas y show de títeres; a través de estas estrategias dan a conocer a las mujeres de la región diversos temas, como el derecho al aborto, la violencia obstétrica, el embarazo adolescente y las enfermedades por transmisión sexual. Para estas activistas la participación social es fundamental, por lo que trabajan en diversas comunidades de Yucatán y organizan a la sociedad civil para que se integren y participen de sus actividades (González, 2015); como se puede observar, estas mujeres muestran diversas formas de resistencia, con ello hacen visible la exigibilidad de derechos.

2.5. Marco normativo sobre el derecho a la salud: contexto internacional, regional, nacional y local

En este apartado se presenta un análisis del derecho a la salud y el marco normativo que garantiza su protección desde un contexto internacional, regional, nacional y estatal, esto con la finalidad de tener un panorama legislativo amplio que permita identificar la situación normativa de este derecho desde lo global hasta lo local.

Del mismo modo, en este texto se muestra la situación legislativa de la violencia obstétrica, considerando que este es un problema social, por lo que constituye una auténtica violación de derechos humanos (Al Adib, Ibáñez, Casado y Santos, 2017), por lo anterior, en este apartado se abordan las normativas jurídicas que aluden el derecho a la salud y su relación con esta forma de violencia. De la misma manera, este documento busca mostrar la interdependencia del derecho a la salud con otros derechos, así como los aspectos jurídicos que lo establecen.

2.5.1. Contexto normativo internacional

Dentro del contexto internacional, uno de los marcos normativos que alude el derecho a la salud es la Declaración Universal de Derechos Humanos, esta fue establecida por las Naciones Unidas en 1948, dicho documento en su artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, *la salud y el bienestar*, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, *la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*, así mismo, refiere que en la maternidad y la infancia se tiene derecho a cuidados y asistencia especiales (Naciones Unidas, 1948). Este señalamiento alude que la salud y la asistencia médica son aspectos que el Estado debe garantizarle a todas las personas.

Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) instituido por la Organización de las Naciones Unidas en 1966 establece en el artículo 12 que los Estados Partes reconocerán el derecho de toda persona al *disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, por lo que se deben adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho (Naciones Unidas, 1966).

Cabe referir que el pacto internacional antes citado en la observación general número 22 instaurada en 2016, aborda el derecho a la salud específicamente hace alusión a la salud sexual y reproductiva, por lo que se señala que este involucra un conjunto de libertades y derechos; referente a las libertades señala que toda persona tiene el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva, por otro lado, en relación con los derechos señala que toda persona debe tener acceso sin trabas a una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure el pleno disfrute de este derecho (Naciones Unidas, 2016).

Este señalamiento es de relevancia ya que esta observación establece que el derecho a la salud sexual y reproductiva debe ser garantizado por los Estados, en ese sentido, ni la violencia, ni discriminaciones deben transgredirlo, además de que el acceso a los servicios y a la información deben darse de forma adecuada para que todas las personas puedan gozar plenamente de este derecho.

Es pertinente señalar que la salud, la igualdad y la no discriminación son derechos estrechamente interrelacionados. En este sentido, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por las Naciones Unidas en 1979, establece en su artículo 11 que los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en diversas esferas. Asimismo, el artículo 12 dispone la obligación de los Estados de implementar acciones orientadas a erradicar la discriminación en el ámbito de la atención médica, garantizando el acceso a servicios de salud, incluidos aquellos relacionados con la planificación familiar. De igual manera, este artículo establece que los Estados deben asegurar a las mujeres servicios adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio, proporcionando atención gratuita cuando sea necesario, así como condiciones que garanticen una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (Naciones Unidas, 1979).

Aunado a lo anterior, el artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, refiere que los Estados deben establecer los mecanismos

apropiados que garanticen la eliminación de la discriminación contra las mujeres que viven en las zonas rurales, por lo que todas deberán tener acceso adecuado a servicios en la atención médica, a la información, al asesoramiento y a la planificación de la familia.

No obstante, a pesar de que existen estos marcos normativos que establecen que el derecho a la salud se debe garantizar sin que existan discriminaciones, en el caso de las mujeres embarazadas se puede observar que este derecho con frecuencia es vulnerado ya que existen barreras que impiden que accedan a los servicios de salud, siendo la discriminación social una de las principales formas en las que se trasgrede este derecho, esta vulneración a menudo se lleva a cabo por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos, del mismo modo, la transgresión de este derecho se agrava cuando se trata de mujeres indígenas, migrantes o refugiadas (Barbosa y Modena, 2018; Castro y Erviti, 2014; Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Por otra parte, otro marco normativo que aborda el derecho a la salud es la Convención sobre los Derechos del Niño que estableció las Naciones Unidas en 1989, este documento insta en el artículo 24 que los Estados partes deben asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, además de que señala los servicios de atención médica, debe ser apropiada tanto para el feto como para la madre, por lo que los Estados deben velar para que este derecho sea garantizado (Naciones Unidas, 1989). Este marco jurídico es importante ya vela por el derecho a la salud de las mujeres y también del feto, autores como Orozco y Rocha (s/f) han mencionado que la realización de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos es una forma de violencia obstétrica que transgrede el derecho a la salud de las mujeres y de los hijos, además de que vulnera el derecho a la integridad física de ambos.

Por su parte, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en 2005, manifiesta en su artículo 14 algunas directrices sobre responsabilidad en materia de salud, por lo que apunta que la promoción de este derecho para los pueblos debe ser un cometido esencial de los gobiernos, del mismo modo, menciona que el goce del grado máximo de salud es un derecho fundamental de todo ser humano, el cual debe ser garantizado sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social, por lo que los Estados deben fomentar el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, finalmente, en este documento se afirma que la salud es esencial para la vida misma, ya que es un bien social y humano (Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005).

En este documento antes citado al igual que la Convención sobre los Derechos del Niño, se establece que el derecho a la salud debe ser garantizado a las mujeres y a los niños, además de que se señala que este derecho debe ser garantizado sin distinción ni discriminación social, mismos señalamientos que se enmarcan en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la observación general número 22, y en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Finalmente, dentro del marco normativo internacional la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible una Oportunidad para América Latina y el Caribe establecidos por las Naciones Unidas en 2016, aborda la salud y bienestar en su objetivo 3, en este se menciona

que es un deber del Estado garantizar una vida sana, por lo que es fundamental promover el bienestar para todos y todas (Naciones Unidas, 2016). Es importante referir que este documento visualiza el derecho a la salud como un bien común, este mismo señalamiento se identifica en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, ya que en este texto se menciona que este derecho es un bien social y humano, en ese sentido, se considera que la salud y el bienestar deben hacerse efectivos para toda la ciudadanía, por lo que el Estado debe adoptar mecanismos que aseguren la garantía de este derecho.

2.5.2. Contexto normativo regional

En lo relativo al contexto regional se identificó que el derecho a la salud se contempla en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre la cual fue establecida por Organización de los Estados Americanos en 1948, este documento en su artículo 11, aborda el derecho a la preservación de la salud y al bienestar, también establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, siendo la asistencia médica uno de los aspectos que deben ser garantizados a toda la comunidad (Organización de los Estados Americanos, 1948).

Otro marco normativo que alude al derecho a la salud es el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, el cual fue establecido por la Organización de los Estados Americanos en 1988, este texto en su artículo 10, estipula que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, en ese sentido, la salud se reconoce como un bien público, por lo que los Estados deben adoptar medidas que garanticen este derecho; dentro de estas medidas se encuentra la atención primaria de la salud, la cual debe estar al alcance de todos y todas, es decir, la extensión de los beneficios de los servicios de salud debe ser para todos los individuos, específicamente en este artículo se establece que se debe garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Organización de los Estados Americanos, 1988).

Este señalamiento es importante, dado que se menciona la garantía del derecho a la salud de los grupos más vulnerables, no obstante, este señalamiento a menudo no se hace efectivo dado que se ha hecho visible que las mujeres embarazadas que viven en contextos desfavorecidos sufren discriminación social por estigmas y prejuicios, además de que reciben un trato diferencial por aspectos de edad, salud, raza, etnia, color, condición social, estrato económico, estado civil, preferencia sexual, religión o nivel educativo (Barbosa y Modena, 2018; Castro y Erviti, 2014; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Como ya se mencionó con antelación existe interdependencia del derecho a la salud con otros derechos fundamentales, uno de ellos el derecho a una vida libre de violencia, en relación con este señalamiento se identificó en el contexto regional que el marco normativo para prevenir la violencia es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la cual fue establecida por la Organización de los Estados Americanos en 1994, en este documento se señala que la violencia contra la mujer debe entenderse como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto

en el ámbito público como en el privado, del mismo modo, en el artículo 2 añade que la violencia puede manifestarse de forma física, sexual y psicológica, la cual puede tener lugar en diversos ámbitos, siendo uno de ellos los establecimientos de salud y ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.

Este marco jurídico es importante, ya que como ya se ha mencionado con anterioridad, la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres, se genera por una acción u omisión por parte del personal (agentes) que brindan los servicios de salud públicos y privados, puede causar daños físicos o psicológicos, por lo tanto, constituye una violación a los derechos humanos (GIRE, 2010-2021).

La Convención de Belém do Pará en su artículo 3, manifiesta que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, este señalamiento es de relevancia considerando que la violencia obstétrica se origina en los establecimientos de salud, mismos que en su mayoría pertenecen a la salud pública. Por su parte, en el artículo 4 establece que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos, entre los cuales se encuentran: el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica, moral y el respeto la dignidad.

Ahora bien, referente a la no discriminación la Convención de Belém do Pará en el artículo 6, establece que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye ser libre de toda forma de discriminación y libre de prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación, de la misma manera, en el artículo 7, manifiesta que los Estados Partes deben condenar todas las formas de violencia contra la mujer, por lo que deberán adoptar los medios apropiados y las políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, finalmente, en este documento se hace énfasis en que los Estados tendrán que velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

Como se puede observar el contexto internacional y regional enmarcan una serie de establecimientos jurídicos que refieren que los Estados partes deben garantizar el derecho a la salud, por lo que la atención debe de ser de calidad, priorizando sobre todo a los grupos más vulnerables como lo es el caso de las mujeres, sobre todo las que se ubican en entornos de pobreza y rezago social, ahora bien, estos marcos normativos globales se refieren a la salud como un bien común del que todos deben gozar, por lo que es el Estado el que debe velar porque este bien sea asequible para toda la ciudadanía, en ese sentido, ninguna institución ni ningún agente estatal deberá transgredir este derecho. Sin embargo, se considera que la violencia obstétrica es una transgresión y violación del derecho a la salud de las mujeres y son las instituciones y los agentes los que infringen este derecho, por lo que estos marcos normativos se quedan solo en aspiraciones reglamentarias que no son aplicables a la realidad social.

2.5.3. Contexto normativo nacional

En este apartado se muestra una revisión de la normatividad referente al derecho a la salud existente aplicable en el contexto mexicano. Cabe señalar que el análisis de los marcos normativos del país permitió identificar una ambigüedad en las leyes, ya que no se identifica plenamente el derecho a la salud y su relación con la violencia obstétrica, por lo que se puede

decir que las leyes en materia de salud en México se quedan solo en un marco referencial conceptual, en otras palabras, se quedan solo en un discurso político, ya que esta ambigüedad puede propiciar la falta de aplicabilidad de las mismas. Por lo anterior, se presenta una descripción de las diversas leyes que fueron revisadas y que abordan el derecho a la salud en México.

Como primer punto, es necesario precisar que el derecho a la salud en México queda establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el artículo 4º, de esta carta magna, en este se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

Otro marco normativo que refiere el derecho a la salud es la Ley General de Salud (LGS), este marco normativo en el artículo 1º, establece que esta ley es aplicable para toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, por otra parte, el artículo 2º menciona que el derecho a la protección de la salud tiene la finalidad de garantizar el bienestar físico y mental del hombre, el disfrute de servicios de salud y asistencia y satisfacer eficazmente las necesidades de la población social, mejorar la calidad de la vida humana, contribuir al desarrollo social y desarrollar la investigación científica y tecnológica en pro de la salud (LGS, 2009).

La LGS (2009) refiere que la finalidad de la protección del derecho a la salud debe generar un bienestar integral, también señala que la atención de la salud debe ser eficaz, además de que deberá haber un conocimiento pleno de la población sobre la utilización de este bien común, sin embargo, en el caso de la violencia obstétrica estos aspectos solamente quedan en un discurso jurídico, ya que esta forma de violencia transgrede el bienestar de las mujeres, y es el reflejo de la ineficacia y falta de calidad en los servicios de salud, en ese sentido, la operatividad de esta ley no se refleja en la realidad de las mujeres mexicanas.

Por otra parte, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud es otro marco normativo que hace alusión al derecho a la salud, se considera que esta normativa es importante, ya que en su artículo 54 refiere que los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, en casos de urgencias y complejidad diagnóstica, además de que deberán recibir y brindar atención médica especializada a usuarios que lo requieran, también establece que se tendrá que proporcionar los servicios bajo criterios de gratuidad o en su caso se establecerán cuotas de recuperación, las cuales deben guardar relación con los ingresos de los usuarios, así mismo, enfatiza que se debe eximir el cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social (Ley de los Institutos Nacionales de Salud, 2019).

Es importante señalar que la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2019) enfatiza la atención que debe haber cuando se trata de alguna complicación médica compleja y de carácter urgente, además señala que los y las usuarios recibirán atención médica especializada y que los servicios deben ser bajo criterios de gratuidad o con costos de recuperación, sin embargo, estos señalamientos en la praxis de las instituciones de salud no se ven reflejadas, ya que existen casos de mujeres embarazadas que no han recibido a tiempo la atención de emergencias, ni atención especializada (Castro y Frías, 2020), además de que los criterios de gratuidad o de bajo costo a menudo se han relacionado con una mala calidad

en el servicio y en la atención obstétrica (Contreras, 2018; Meléndez y Sánchez, 2019; Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015).

Por su parte, la Ley del Seguro Social (LSS) es otro de los marcos normativos que fueron revisados, este ordenamiento jurídico estipula en el artículo 2 que la seguridad social tiene la finalidad de garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que será garantizada por el Estado previo al cumplimiento de los requisitos legales establecidos (LSS, 2021), no obstante, no se puede dejar de mencionar que esta ley no es aplicable para toda la población, sino que solamente se enfoca a un sector de los habitantes, es decir, únicamente aplica para los ciudadanos que se tienen algún trabajo de carácter formal, en ese sentido, es necesario señalar que en el caso específico de las mujeres embarazadas que laboran en trabajos informales o que carecen de uno, esta ley no tiene aplicabilidad y por lo tanto no las ampara, por lo que el derecho a la salud y a la asistencia médica no es garantizado para este sector de la población.

En esa misma línea de ideas, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH) también alude el derecho a la salud, específicamente el artículo 17 manifiesta que la política nacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres deberá incluir en la formulación, desarrollo y evaluación de políticas, estrategias y programas de salud, así como los mecanismos para dar atención a las necesidades de mujeres y hombres en materia de salud; del mismo modo, el artículo 38 expone que las autoridades correspondientes deberán de impulsar acciones que aseguren la igualdad de acceso de mujeres y de hombres a la salud, adicionalmente en el artículo 39 establece que la política nacional debe promover los derechos específicos de las mujeres como derechos humanos universales y erradicar las distintas modalidades de violencia de género, mientras que en el artículo 40 añade que las autoridades deben promover investigaciones con perspectiva de género en materia de salud (LGIMH, 2021).

Esta ley de observancia nacional, si bien no refiere específicamente acerca de la violencia obstétrica, si enmarca que las autoridades deben establecer los mecanismos para atender las necesidades de las mujeres en materia de salud, entre ellas se prioriza el acceso a los servicios de salud, hace énfasis sobre el abordaje de la salud desde una perspectiva de derechos humanos y alude la importancia de la erradicación de la violencia de género (LGIMH, 2021).

Sin embargo, estos preceptos normativos quedan en un discurso jurídico ya que según Cassiano, Santos, Santos, Holanda, Leite, Maranhão y Enders (2016) las mujeres que sufren violencia obstétrica están en una doble relación de poder, que las coloca en desventaja como pacientes y como personas del sexo femenino; a esto se le puede sumar la discriminación de la que pueden ser víctimas, ya sea por raza, condiciones económicas, por edad, etnia, entre otros. Ante este panorama, Villanueva (2010) afirma que aunque actualmente existen leyes que protegen el derecho a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, estos no garantizan las condiciones institucionales para que su operatividad sea efectiva.

Por su parte, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), refiere en su artículo 46 hace énfasis en la atención médica que deben recibir las mujeres víctimas de la violencia, también establece que el personal del sector salud debe capacitarse para garantizar la atención a las víctimas (LGAMVLV, 2015), este punto es

relevante ya que esta normatividad se queda solo en aspiración, dado que la literatura ha demostrado que los profesionales de la salud son los agentes que con frecuencia ejercen violencia en contra de las mujeres que acuden a solicitar servicios médicos de salud obstétrica (Perelman y Trufó, 2016; Tinoco, 2016).

Otro aspecto importante que establece la (LGAMVLV, 2015) es que dentro de las instituciones se debe prevenir la violencia en contra de las mujeres, no obstante, este señalamiento es objeto de crítica ya que como ya se ha mencionado con anterioridad las instituciones de salud se han convertido en nuevos espacios en donde se ha hecho visible la violencia en contra de las mujeres y se ha reflejado la vulneración de derechos de la que son víctimas (Castro y Erviti, 2015), por lo que estos aspectos normativos que contempla esta ley, quedan únicamente en un discurso jurídico inoperable a la realidad.

Del mismo modo, otro marco jurídico que alude el derecho a la salud es la Ley de Asistencia Social (LAS), este ordenamiento establece en el artículo 9, que le corresponde a la Secretaría de Salud y al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia garantizar que la calidad de los servicios se cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas, además de supervisar la debida aplicación de las mismas, por otra parte, alude que se debe formar personal profesional en materias relacionadas con la prestación de servicios de salud y asistencia social (LAS, 2021).

Por lo anterior, la revisión de la Ley de Asistencia Social, permitió identificar dos aspectos importantes en materia de salud, uno de ellos es la calidad de los servicios y otro es la formación profesional del personal de salud, estos elementos son de relevancia ya que a pesar de que esta ley refiere que se debe garantizar la calidad de los servicios, poco a poco se ha hecho visible la mala calidad en la atención médica obstétrica, según Castro y Erviti (2014) la falta de acceso a los servicios de atención médica y la falta de calidad en los mismos se ha hecho visible en el contexto mexicano a partir de casos de mujeres que han parido en condiciones inapropiadas; estos aspectos se han relacionado con la muerte materna y la violencia obstétrica, lo cual a su vez ha reflejado un incumplimiento de “justicia social y una falta de garantía de una diversidad de derechos de la mujer: reproductivos, sexuales, maternidad voluntaria y segura y a una vida libre de violencia” (Canchola y sus colaboradores, 2017:5).

Referente a la formación profesional del personal de salud, se puede decir que esta no se hace evidente en la práctica médica, sino por el contrario se ha visibilizado en la atención obstétrica un habitus médico autoritario y una mala praxis médica (Castro y Erviti, 2014), los señalamientos realizados con anterioridad permiten observar que este marco normativo no se cumple cabalmente, por lo que solo se queda en aspiraciones jurídicas.

De igual forma, en lo relativo al derecho a la salud existe en México una norma para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, esta es la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, la cual tiene el objetivo de establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer, al igual que otras de las leyes antes mencionadas esta norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, y es aplicable para el personal de salud de los establecimientos de atención médica de los sectores público, tanto el social y como el privado que brinden atención a mujeres embarazadas.

Las observaciones generales de la NOM-007-SSA2-2016 refieren que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida, debe ser bajo un enfoque preventivo que permita identificar la existencia riesgo obstétrico, por lo que la valoración se realizará de forma temprana y así evitar en mayor medida las emergencias obstétricas, y en caso de presentarse alguna urgencia la atención debe ser inmediata, del mismo modo, señala que el servicio brindado a las mujeres será integral respetando los derechos reproductivos, su dignidad y su cultura, por otra parte, manifiesta que la atención deberá ser de calidad, por lo que las instituciones de salud tendrán que contar con espacios habilitados, personal especializado y calificado, en conclusión esta norma establece que las instituciones de atención médica tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de servicios de salud oportunos y de calidad para todas las mexicanas.

Sin embargo, a pesar de que esta norma establece las pautas a seguir por parte de las instituciones médicas que brindan atención obstétrica, las investigaciones que giran en torno a la violencia obstétrica han identificado que algunas mujeres no se les brinda atención inmediata en caso de emergencia, además de que sus derechos no son respetados, aunado a esto carecen de una adecuada calidad de la atención, ya que las instituciones no están en condiciones óptimas para brindar el servicio, además de que el personal de salud a menudo ejerce violencia en contra de las mujeres, lo cual refleja una falta de cualificación en la atención y de respeto a los derechos humanos, de igual manera, las mujeres indígenas con frecuencia sufren maltratos obstétricos, esto permite observar que no existe un respeto a la cultura ni a la dignidad humana (Barbosa y Modena, 2018; Castro y Frías, 2020; Castro y Erviti, 2014; Contreras, 2018; Meléndez y Sánchez, 2019; Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010), en ese sentido, aunque existen estos lineamientos normativos que buscan establecer como debe ser la atención de las mujeres parturientas, estos no se ven reflejados ya que siguen surgiendo eventos de violencia obstétrica que muestran que este fenómeno social continua siendo naturalizado dentro de las instituciones de salud del país.

Finalmente, en lo relativo al contexto nacional también se realizó una revisión del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Estrategia Nacional en la que propone como objetivo garantizar la salud y bienestar de los mexicanos, cabe señalar que en este documento se menciona que la administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción, en donde millones de personas no tenían acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema, por lo que refiere que uno de los problemas en torno a la salud era la cobertura, de igual manera, señala que en el sistema de salud había problemas por el estrechamiento presupuestal, lo cual propició que los pacientes de los hospitales del Estado tuvieran que llevar sus propios materiales de curación, además de verse obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, esto debido a la saturación de los quirófanos por descomposturas o faltantes de equipo médico.

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 la falta de cobertura se reflejó cuando algunos mexicanos y mexicanas ni siquiera lograron tener acceso a la atención médica porque no estaban afiliados a ninguna institución de seguridad social, desde esta visión el derecho a la salud le fue denegado parcial o totalmente, por lo se puede decir que los grupos más vulnerables de la población mexicana se encontraban en total desprotección.

Algunas de las propuestas para garantizar el derecho a la salud que se manifestaron dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, refirieron que el gobierno federal realizaría las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México podrían recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, para ello se propuso la creación en 2019 la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual brindaría servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, sin embargo, el INSABI ha sido fuertemente criticado por el desabasto de medicamentos para el tratamiento de cáncer en niños (Milenio, 16 de octubre del 2021).

Lo anterior nos lleva a reflexionar que las aspiraciones políticas resultan no ser aterrizarlas a la realidad de los mexicanos, ya que el 15 de abril del 2022 la cámara de diputados lanzó un comunicado en donde se aludía la mala operación del INSABI, la cual ha dejado sin atención a grupos vulnerables niños y niñas, adultos mayores, personas de escasos recursos y mujeres, también se aseguró que el sustituto del Seguro Popular, en ese periodo aun no contaba con los recursos, personal e infraestructura adecuada para hacer frente a las necesidades de salud de la población mexicana (Cámara de Diputados, 2022).

La creación del INSABI proponía que la atención se brindaría con calidad médica y trato no discriminatorio, digno, humano y con especial atención a grupos vulnerables, sin embargo, en este comunicado de la cámara de diputados se señaló que en el 2018 13.7% de la población rural no contaba con acceso a los servicios de salud, este porcentaje aumentó en 2020 a un 30.5% en las zonas rurales, por otra parte, en las zonas urbanas 17% de la población no contaba con estos servicios cifra que aumentó en 2020 a un 27.4%, esta información describe que la eliminación del Seguro Popular afectó en gran medida a las mujeres especialmente las de menores recursos, ya que ellas hacían uso de este servicio (Cámara de Diputados, 2022).

Como se puede observar el derecho a la salud no se ha podido garantizar a la población mexicana, la población más vulnerable ha padecido las consecuencias, una vez más las mujeres se ubican dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad, a los cuales el Estado no les ha garantizado el derecho a la salud, la atención obstétrica de calidad, un trato digno, sin violencia y con respeto a los derechos humanos.

2.5.4. Contexto normativo estatal

En este apartado se busca presentar una revisión del derecho a la salud y la normatividad que busca la garantía del mismo en la entidad de Nuevo León, en ese sentido, uno de los marcos normativos que establece el derecho a la salud es la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nuevo León (2021), en este documento en el artículo 2 se establece que el Estado deberá asegurar el acceso a los servicios de salud y a los servicios sociales básicos, por otra parte, en el artículo 3 menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud que propicie un desarrollo físico e intelectual, por lo que la Ley establecerá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud a través de políticas públicas, así mismo, determinará la participación del Estado y Municipios en la materia.

En ese mismo orden de ideas, otro marco jurídico que protege el derecho a la salud es la Ley Estatal de Salud del Estado de Nuevo León (2022), la cual en su artículo 1 reglamenta el derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades de acceso a los

servicios de salud, y para la participación del estado y sus municipios en materia de salubridad general y local; esta ley conceptualiza a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, del mismo modo, el artículo 2 señala que la protección a la salud, es un derecho que tienen todos los habitantes del estado de Nuevo León.

Por lo anterior, la protección del derecho a la salud se encuentra establecido en la Ley Estatal de Salud del Estado de Nuevo León, por lo que en esta ley se señala que el Estado debe garantizar a la ciudadanía neoleonesa el acceso a los servicios de salud y sobre todo a los grupos sociales con mayor vulnerabilidad, además de que debe asegurarse que exista formación de recursos humanos para la salud, y que se garantice el bienestar físico, mental y social de las personas, por lo que los servicios de salud deberán brindarse de manera eficaz, oportuna y sobre todo en concordancia con las necesidades de los habitantes de Nuevo León.

Como se puede observar el servicio a la salud es un derecho que recae directamente en el Estado, por lo que desde esta visión el acceso a los servicios de salud de todas y todos los neoleoneses es una de las prioridades sociales que deben ser cubiertas a través de políticas públicas de salud.

2.6. La violencia obstétrica y los derechos humanos

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (2020:1) define a los derechos humanos como “el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona”. Este mismo organismo, indica que los derechos se encuentran establecidos dentro del orden jurídico internacional y nacional, además afirma que son “inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición”.

Los derechos humanos guardan una vinculación con la violencia obstétrica, ya que de acuerdo con Tamés (2015) esta forma de violencia constituye una violación a los derechos, especialmente los que se relacionan con la salud reproductiva y sexual. Sin embargo, esta relación es relativamente reciente y poco a poco ha tomado importancia en las agendas públicas. Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:18) en un principio los derechos humanos excluían a la población femenina, posteriormente se fueron ampliando para incluir y proteger los intereses de este grupo, en ese sentido, “la expansión de los derechos humanos a las mujeres significa la más inclusiva ampliación que han sufrido los derechos humanos en su dinámica histórica”.

Como primer punto cabe referir que en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en el año 1968 en Teherán, se habló del derecho reproductivo para las mujeres, con el cual podían determinar libremente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos (Naciones Unidas, 1968), posteriormente en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en 1993 en Viena, se expuso la necesidad de abordar los derechos humanos de las mujeres considerando que son universales y que son los Estados los que tienen la obligación legal de promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos, también señaló que éstos deben ser garantizados sin discriminación (Naciones Unidas, 1993).

Pero fue en la Conferencia Mundial Sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo, que se acuñó por primera vez el término de derechos reproductivos para referirse al conjunto de derechos humanos que se relacionan con la salud reproductiva, además se reconoció que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, lo relevante de esta conferencia fue que situó a las mujeres en el centro de un planteamiento integral enfocado en los derechos reproductivos (Naciones Unidas, 1994).

Algunos datos más recientes indican que en 2008, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos publicó la obra “Los derechos reproductivos son derechos humanos”, en este documento se presentaron un universo de derechos reproductivos, sin embargo, este universo fue delimitado en doce primordiales: derecho a la vida, a la salud, salud reproductiva y a la planificación familiar, a la libertad, seguridad e integridad personales, a decidir el número e intervalo de hijos, a la intimidad, a la igualdad y no discriminación, a contraer o no matrimonio, al empleo y la seguridad social, a la educación sexual y reproductiva, a la información adecuada y oportuna, a modificar tradiciones o costumbres que violan los derechos de las mujeres, a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación (Coordinación para la Atención a los Derechos Humanos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca, 2018:11).

Es pertinente mencionar que existe una interconexión entre los derechos reproductivos, el derecho a la salud y la salud reproductiva, entendiendo este último como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Naciones Unidas, 1994:37). Desde la visión de Castro y Erviti (2014:30) el análisis de la violencia obstétrica desde un enfoque sociológico y de derechos humanos debe incluir el estudio de la salud reproductiva, dado que este fenómeno no se trata de atender solo problemas de calidad de la atención, sino que son “violaciones de derechos básicos reproductivos de las mujeres en el marco de los servicios de salud”.

Ahora bien, aunque en párrafos anteriores se señalaron doce derechos relacionados con la salud reproductiva, para Tamés (2015:19) son un grupo en particular de estos derechos los que son vulnerados en situaciones de violencia obstétrica, en ese sentido, los siguientes epígrafes describirán cada uno de los derechos que pueden verse transgredidos mediante esta forma de violencia.

2.6.1. Derecho a la salud reproductiva

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:33) indica que el derecho a la salud engloba la salud reproductiva, la cual entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia, incluye el derecho a contar con información referente a los métodos de planificación familiar que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y el acceso a los mismos, también incorpora el derecho a recibir servicios de atención a la salud adecuados y de calidad para que las mujeres embarazadas puedan parir sin ningún riesgo.

El derecho a la salud reproductiva es parte del derecho a la salud, por lo tanto, existen diversos marcos normativos internacionales que lo garantizan, por ejemplo, la Declaración Universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW de aquí en adelante), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008:33).

Es preciso referir que el CEDAW estipuló en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en el Artículo 12, que es obligación de los Estados adoptar todas las medidas “para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso a servicios de atención médica”, del mismo modo, este organismo en la recomendación general número 24 refirió que el acceso a servicios debe ser universal y se deben garantizar una variedad de servicios de salud de calidad y asequibles (CEDAW, 1979:1; CEDAW, 1999).

Sin embargo, según Castro y Erviti (2014:38) la falta de acceso a los servicios de atención médica y la falta de calidad en los mismos se ha hecho visible en el contexto mexicano, esto a partir de dos casos de mujeres que parieron en condiciones inapropiadas en Centros de Salud de los servicios estatales, ambos casos sacudieron a los medios de comunicación, por lo que los hechos tomaron relevancia; se trata del caso de Irma López Aurelio, mujer mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca en 2013; y del caso de María del Carmen Ocegüera, quien dio a luz en el área de recepción del Hospital de la Mujer de Tehuacán, Puebla en 2013.

Para Castro y Erviti (2014:38) estos casos pusieron en evidencia la violencia obstétrica y la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud, otro aspecto relevante es que según estos autores existe un número alto de quejas reportadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las cuales en su mayoría refieren la mala práctica médica y la mala calidad en la atención obstétrica, lo anterior lleva a reflexionar que existe “un problema de violación de derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias, en el espacio de los servicios de salud”.

Este mismo autor refiere que estos dos casos ponen en evidencia el fracaso de la política de salud “Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención” implementada en México, así como la política de salud “Capacitaciones de sensibilización sobre el trato digno hacia las usuarias” que fueron implementadas por la Secretaría de Salud durante el sexenio de Vicente Fox Quesada (2000-2006), dado que día a día se reflejaban una creciente cantidad de quejas y denuncias por la mala calidad en la atención obstétrica (Castro y Erviti, 2014:38).

Por lo revisado anteriormente se considera que el derecho a la salud reproductiva de las mujeres debe garantizar una vida sexual segura y sin riesgos, un adecuado acceso a la información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, también debe incluir el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos, en palabras de Castro y Erviti (2014), la salud reproductiva va más allá de

los cuidados para evitar trastornos de salud, por lo que sugiere explorar las condiciones sociales que permiten o impiden el acceso a la misma.

2.6.2. Derecho a la integridad y seguridad personal

El derecho a la integridad y seguridad personal se encuentra estipulado en diversos marcos legales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y en la Convención Americana de Derechos Humanos (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008:37). Este incluye el derecho a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, además comprende:

La protección a la preservación de las dimensiones fundamentales de la persona: física, psíquica y moral. Esto se traduce tanto en el derecho a la protección de agresiones al cuerpo, ya sea destruyéndolo, causándole dolor físico o daño a su salud, como al derecho a mantener incólumes las facultades psíquicas y morales, lo que guarda relación con la prohibición de ser obligadas, constreñidas o manipuladas mentalmente en contra de la voluntad (Convención Americana sobre Derechos Humanos, citada por Tamés, 2015:22).

Para Tamés (2015:23) este derecho se encuentra vinculado con la atención de la salud reproductiva, empero, la transgresión de este quebranta la autonomía y la libertad reproductiva de las mujeres, en ese sentido, la violencia obstétrica atropella este derecho cuando existen conductas que puedan constituir tratos crueles, inhumanos y degradantes, falta de respeto y cualquier tipo de maltrato durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Belli (2013:31) cuando aborda el análisis de este derecho es más específica y menciona que el derecho a la integridad personal implica no ser lesionado o agredido de forma física, mental o moral, para esta autora cuando se ejerce violencia obstétrica se vulnera este derecho y se lleva a cabo cuando los profesionales de la salud realizan prácticas rutinarias coercitivas, innecesarias y sin justificación médica como: episiotomías, cesáreas no justificadas, ligaduras de trompas sin consentimiento, entre otros.

Belli (2013:32) también refiere que las mujeres embarazadas tienen derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, sin embargo, menciona que existen situaciones en la atención obstétrica que hacen visible la vulneración de este derecho, tal como la agresión física, verbal o psicológica, también se refleja cuando los profesionales de la salud muestran insensibilidad frente al dolor de las mujeres e ignoran sus dudas sobre el proceso de embarazo, parto o puerperio.

Por otra parte, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008) menciona que el Estado puede ser un transgresor de este derecho y lo vulnera cuando: las políticas de salud reproductiva contribuyen a la violencia obstétrica, en los casos en los que las mujeres son obligadas a esterilizarse o a utilizar un método anticonceptivo de manera forzada, en las ocasiones que se les realizan abortos forzosos en condiciones poco seguras, es decir, si los servidores públicos de la salud utilizan algún método de dominación y obligan a las mujeres a someterse a cualquier procedimiento sin consentimiento voluntario, están realizando prácticas que transgreden el derecho a la integridad y seguridad personal de las mujeres.

Como se puede observar es indispensable que el derecho a la integridad y seguridad de las mujeres en la atención obstétrica sea garantizado, y es el Estado el que tiene la obligación de adoptar medidas para que las mujeres tengan acceso a la salud y que la atención que reciban sea de calidad y libre de cualquier forma de violencia.

2.6.3. Derecho a la información

El derecho a la información alude que toda persona debe tener acceso y se le debe dar información clara sobre su estado de salud y sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, también se les debe informar acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de anticoncepción, así como de las implicaciones que puede haber en un embarazo (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008:62).

El derecho a la información está estipulado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, establecida en 2005, este documento, especifica en su artículo 6 que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada...” (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005:85).

En cuanto a la información sobre cuestiones relativas a los derechos reproductivos, el Comité de la CEDAW, en la recomendación No. 4/2004 de A.S. c. Hungría, realizada en 2006, manifestó que los Estados partes deben garantizar a las mujeres el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”, del mismo modo, señala que se debe garantizar el derecho a recibir información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación de la familia a fin de evitar que se realice una intervención sin pleno conocimiento de causa (CEDAW, 2006:14).

Por lo anterior, este derecho se transgrede cuando a las pacientes se les realizan prácticas médicas sin previa información, consulta y sin otorgarles ningún tipo de información sobre las implicaciones que puede haber, desde esta perspectiva se puede decir que la violación de este derecho anula la posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (Belli, 2013; Medina, 2009).

Finalmente, Tamés (2015:24) afirma que para que este derecho se cumpla las mujeres deben tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios sobre las prácticas médicas que se pueden realizar durante el embarazo, el parto y el puerperio, además de que la información debe ser otorgada utilizando un lenguaje comprensible y libre de coerción.

2.6.4. Derecho a la vida privada (intimidad)

El derecho a la vida privada se encuentra reconocido en tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en el Artículo 17, así como la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el Artículo 11, ambos documentos establecen que:

Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad, nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o

su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación y que toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques (Naciones Unidas, 1966; Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1981).

Belli (2013:31) expone que en el marco de la violencia obstétrica este derecho se viola cuando en las instituciones de salud los servidores públicos exponen de forma innecesaria los cuerpos y los órganos genitales de las mujeres parturientas, lo cual puede darse en el parto o en la consulta ginecológica, estas prácticas transgreden la dignidad de las mujeres y limitan su autonomía. Medina (2009:3) añade que se viola este derecho cuando los profesionales de la salud realizan una revisión masiva del cuerpo y de los órganos genitales de las mujeres, esto lo indica debido a que la literatura señala que en ocasiones las parturientas son sometidas a múltiples revisiones por parte de médicos y practicantes, estas prácticas son realizadas sin justificación alguna, no les dan explicación a las usuarias, las realizan sin respeto, en lugares en donde no hay privacidad por lo que son vistas por diversas personas, realizan comentarios de burla durante el proceso de revisión, además de que no consultan a las mujeres si están de acuerdo en ser revisadas.

Por su parte, Tamés (2015) afirma que se viola este derecho cuando no se les permite a las mujeres tomar decisiones sobre la forma en que desean que sea su parto, por lo que se estaría violentando su autonomía reproductiva, del mismo modo, indica que cuando se les impone un método de anticoncepción se está transgrediendo el derecho a la vida privada de las mujeres. Por otra parte, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008) los servidores públicos de la salud vulneran este derecho cuando:

Se exige que el marido dé autorización para tomar una decisión respecto de la esterilización, cuando se imponen requisitos generales para la esterilización de la mujer, como tener cierto número de hijos o cierta edad, o cuando el Estado imponen a los funcionarios de la salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008:48).

Por lo anterior, el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:47) señala que toda mujer tiene derecho a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas, sin embargo, el Estado puede transgredir este derecho a través de políticas de salud que interfieran con el derecho de la mujeres a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva.

2.6.5. Derecho a la igualdad y a la no discriminación

El Artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna” (UNESCO, 2005:83). Por otra parte, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM, 1979) declara en el Artículo 12 que los Estados deben adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, la igualdad y el acceso a servicios de atención médica (Naciones Unidas, 1979).

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:50) señala que el derecho a la no discriminación en el área de salud y específicamente en la atención obstétrica se relaciona directamente con el acceso a los servicios, en ese sentido, este derecho se vulnera cuando existen barreras que impiden que las mujeres accedan a los servicios de salud y a la educación sexual y reproductiva. Por otra parte, Castro y Erviti (2014) afirman que este derecho se viola cuando las mujeres embarazadas son discriminadas ya sea por cuestiones económicas, de etnia, de raza, entre otras; estos autores también refieren que la transgresión de este derecho aumenta cuando se trata de mujeres indígenas, migrantes o refugiadas.

Desde la visión de Belli (2013:32) es más frecuente que este derecho se vulnere en el ámbito de la salud pública, para esta autora algunas mujeres que acuden a los servicios gratuitos de salud en los hospitales públicos, tienen ciertas desventajas tanto en las condiciones económicas como en las educativas, por lo que esto puede contribuir para que desconozcan sus derechos y las leyes que las protegen, razón por la que existe menos posibilidad de reclamarlos, lo anterior contribuye para que las denuncias por atropellos en la atención obstétrica no se realicen.

En conclusión, el derecho a la igualdad y a la no discriminación de las mujeres debe ser protegido por el Estado a través de políticas y programas para mejorar la atención obstétrica, además debe garantizar que exista igualdad en el acceso y en la calidad de la atención independientemente de la condición económica o cultural de la que provenga.

2.6.6. Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia

El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en el artículo 1º de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Organización de los Estados Americanos, 1995:1).

Desde la perspectiva de Tamés (2015:25) en lo relacionado con la violencia obstétrica este derecho debe incluir la protección por parte del Estado para que las mujeres embarazadas no sufran ningún tipo de violencia en las instituciones de salud, del mismo modo, debe hacer énfasis en salvaguardar a los grupos de mujeres que se consideran más vulnerables, ya sea por su condición de raza, migrante, refugiada, desplazada o por su origen étnico.

Por su parte la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la recomendación 31, realizada en 2017, afirma que los Estados deben velar por los derechos de la mujer, por lo que deberán establecer líneas de acción para asegurar el respeto a su integridad física, psíquica y moral, también refiere que el Estado debe vigilar que los servidores públicos de la salud no realicen prácticas médicas violentas en contra de las mujeres embarazadas.

Lo anterior se complementa con lo que señala el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:68) ya que este organismo afirma que es responsabilidad y obligación del Estado proteger, respetar y garantizar los derechos humanos. En ese sentido, proteger un derecho significa promulgar las leyes y crear los mecanismos para prevenir su violación, por

otra parte, respetar se refiere que el Estado debe reconocer la existencia de los derechos, por lo que no deberá privar arbitrariamente a las personas de cualquiera de ellos, por cuestiones de costumbres o creencias religiosas y nunca debe obstaculizar el acceso a los mismos, finalmente, garantizar un derecho alude a que el Estado debe “adoptar las medidas necesarias y crear las instituciones y los procedimientos, así como la distribución de recursos, para permitir que las personas puedan gozar de un derecho” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008:68-74).

Para Castro y Erviti (2014:39) un problema grave en México es que una gran cantidad de mujeres no conocen sus derechos, por lo tanto, no pueden apropiarse de ellos, ejercerlos, ni defenderlos, no obstante, también señala que poco a poco en este país se ha hecho visible la violencia obstétrica como un problema de salud pública y de carácter social, para estos autores han sido los discursos sobre derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha colocado a este fenómeno en la agenda pública de México, sin embargo, también advierten que desde su visión aún faltaba mucho por investigar para comprender y erradicar este problema.

Los autores Castro y Erviti (2014) expertos en el tema de violencia obstétrica sugieren que este fenómeno se debe seguir estudiando desde un enfoque sociológico y de derechos humanos, por lo anterior, se considera que el enfoque de derechos humanos es de suma importancia para esta tesis, dado que la violencia obstétrica es una transgresión de los derechos reproductivos de las mujeres, por lo que es significativo incorporar el análisis teórico teniendo como fundamento este enfoque, en ese sentido, teniendo como base esta teoría se podrá identificar los tipos de maltrato que ejercen los servidores públicos de la salud en la atención obstétrica y que vulneran los derechos reproductivos de las mujeres neolonesas.

2.7. Reseña de las intervenciones obstétricas

2.7.1. Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es más antigua que la propia medicina; es una relación interpersonal en la que el paciente busca la forma de sanar su enfermedad y obtener la salud, mientras que el médico cumple con una función social (Rodríguez, 2008).

En las civilizaciones antiguas, como Roma, Grecia y Egipto, el médico siempre se apreció como una figura mística y dominante, inclusive lo percibían como un representante de los dioses (Rodríguez, 2008). Esto coincide con lo que señalan Lázaro y Gracia (2006:8), dado que estos autores mencionan que en “las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote, y muchas veces con la del gobernante y el juez”. Se le consideraba un especialista, un “personaje privilegiado, respetado y poderoso e impune ante la ley común, ya que él mismo era, la Ley”.

No obstante, la concepción del paciente ha sido todo lo contrario, dado se le ha considerado una persona sin capacidad de decidir, sumisa, confiada, respetuosa, la cual debe tener una “actitud dócil, obedecer puntualmente las indicaciones del padre/médico y no hacer demasiadas preguntas” (Lázaro y Gracia, 2006:8).

Desde la visión de Lázaro y Gracia (2006:8) la relación médico-paciente ha estado basada en un modelo monárquico, es decir, el poder ha estado en manos del médico. Sin embargo, estos autores señalan que hubo una transición y de monárquico paso a oligárquico; en otras palabras, actualmente el poder no sólo se encuentra en las manos del médico, sino que lo ejerce todo un sistema sanitario de “especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales, administrativos, entre otros”.

Para Afonso y Nobalbo (2012) este poder se ha manifestado mediante la práctica de conductas autoritarias dirigidas hacia los pacientes. Estos autores indican que los conocimientos que adquieren los médicos les confieren poder ante el paciente y los coloca en una posición de autoridad, mientras que al paciente se le atribuye ignorancia y, en consecuencia, se le ubica en una posición pasiva y de docilidad. Esta situación ha propiciado una relación jerárquica, de autoritarismo y de abuso de poder.

Afonso y Nobalbo (2012: 257-258) indican que el autoritarismo que utilizan algunos profesionales médicos se manifiesta mediante conductas de poder y prácticas asimétricas e inclusive deshumanizadas, las cuales someten al paciente a una situación de dominio, que lo obliga a que asuma una posición de obediencia.

Según estos mismos autores (Afonso y Nobalbo, 2012) el autoritarismo se gesta desde la formación profesional de los médicos. Castro (2014) denomina a este autoritarismo *habitus* médico autoritario y, al igual que Afonso y Nobalbo (2012), señala que se empieza a gestar desde los primeros años de formación profesional a partir del *currículum oculto*¹³ de la institución educativa. Para Castro (2014) al *habitus* autoritario se robustece en la residencia y en la especialización y finalmente esto lleva a que los prestadores de servicios de salud violen los derechos de los pacientes.

Para Castro (2014:174) el *habitus* médico autoritario tiene una estrecha relación con la violencia obstétrica. Es decir, esta forma de violencia es el resultado del conjunto de aprendizajes y mensajes autoritarios como: “recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones” que reciben e interiorizan los médicos durante su formación profesional.

Castro (2014) destaca dos aprendizajes cruciales que se identifican en el *habitus* médico autoritario: 1) el entrenamiento para la “atención distante”, es decir, el estudiante aprende a no involucrarse con los pacientes; 2) el entrenamiento para el manejo de errores y fracasos, dentro del cual se desarrolla cierto cinismo para enfrentar estos aspectos de su práctica médica.

Aunado a lo anterior, Castro (2014:178) señala que durante su formación los médicos residentes son sometidos a una cultura de abusos, maltratos y a largas jornadas agotadoras; este autor indica que lo anterior es parte del *currículum oculto* que se pone en práctica dentro de esta profesión y que se relaciona con la transmisión de enseñanzas que incorporan continuas prácticas jerárquicas y de relaciones de poder. Por lo tanto, el castigo y el disciplinamiento son parte de la formación del médico. En otras palabras, las faltas, las

¹³ Conjunto de procesos, enseñanzas, presiones y restricciones que no están incorporadas al *currículum* formal (Castro, 2014).

omisiones, las carencias técnicas y equivocaciones son corregidas a través del castigo; pero al mismo tiempo sirven para “disciplinar y afianzar las jerarquías”.

El género dentro del habitus médico autoritario es una parte medular en la reproducción de la violencia en contra de las mujeres que se ejerce en las instituciones de salud. Dado que durante la formación profesional son las mujeres las que sufren una mayor discriminación y subordinación (Castro, 2014). El disciplinamiento de género, como lo denomina Castro (2014), constituye otra dimensión del currículum oculto, dado que desde los primeros años se realizan agresiones y discriminaciones en contra de las estudiantes.

Por lo anterior, Castro (2014) afirma que reprender, castigar, jerarquizar y disciplinar son prácticas frecuentes que forman parte del habitus médico autoritario que se gesta a lo largo de la formación profesional y que, posteriormente, se reproduce en las instituciones de salud y en las salas de parto.

En el caso de la violencia obstétrica, según Castro (2014:182), está naturalizado que el personal médico “reprenda a las mujeres por un sinnúmero de motivos relacionados con las conductas que tienen en las salas de labor y de parto”. Pero que no sólo se limitan a reprender sus conductas, sino que también amonestan aspectos relacionados con “su sexualidad, fecundidad, anticoncepción y forma de criar a los hijos” (Castro, 2014:182).

Las interacciones que se dan entre los médicos y las mujeres que se encuentran en las salas de labor y de parto se estructuran en términos jerárquicos. En ese sentido, el personal médico hace saber el lugar que le corresponde como experto en la materia y la posición que ocupan las mujeres como pacientes. Esta jerarquización se muestra mediante tonos imperativos y descalificación del dolor de la mujer y de sus necesidades (Castro, 2014).

Para este autor, una muestra de jerarquización y autoritarismo se origina cuando los médicos ignoran y hacen caso omiso a las mujeres que están en pleno trabajo de parto. Sin embargo, señala que éste es el resultado del entrenamiento para la atención distante y desvinculante que les permite no involucrarse emocionalmente con los pacientes y, por lo tanto, les permite ignorar a las mujeres que están en labor de parto. Castro (2014) añade que los médicos que van iniciando su labor en el campo práctico suelen ser más compasivos; esto se debe a que aún no han desarrollado por completo el habitus médico autoritario.

Por lo anterior, desde la visión de Castro (2014), la violencia obstétrica que se ejerce en los hospitales públicos es el reflejo de la interiorización de prácticas médicas jerárquicas y autoritarias.

2.8. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos que realizan durante la atención obstétrica

“Uno es como un pedazo de carne ahí tirado, no les importa lo que uno sienta, si tiene pena, si te ven desnuda, si se siente mal; a ellos solo les preocupan las cosas médicas”
(Informante Paloma, citada por Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

Los procedimientos médicos efectuados de manera rutinaria en el trabajo de parto son aquellos que se llevan a cabo sin que exista justificación médica, que son realizados de manera coercitiva y sin consentimiento de las mujeres, cabe señalar que dentro de estas prácticas médicas se puede encontrar: el rasurado de pubis (tricotomía), el enema evacuante, la episiotomía¹⁴, la cesárea, el uso inadecuado de sedantes, tranquilizantes y de oxitócicos, el tacto vaginal, la amniotomía¹⁵, la maniobra de Kristeller, la esterilización forzada y la colocación de métodos anticonceptivos sin consentimiento o de forma coercitiva, (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Orozco y Rocha, s/f; Secretaría de Salud, 2010). Por lo anterior, en este apartado se busca explicar cada uno de estos procedimientos médicos, así como la vinculación que tienen con la violencia obstétrica.

2.8.1. El consentimiento informado en la práctica médica

Primum Non Nocere “lo primero es no hacer daño”
(Hipócrates)

El consentimiento informado consiste en manifestar una decisión positiva antes de someterse a un acto o práctica médica, la cual debe ser de forma libre, sin que exista amenaza o coacción alguna, en otras palabras, representa el pleno consentimiento del individuo y que se exterioriza posteriormente de haber recibido información adecuada, completa, fidedigna, accesible y realmente comprendida por la persona (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016).

La naturaleza del consentimiento informado es de índole jurídica, los antecedentes históricos refieren que el Código de Núremberg de 1947 firmado en Alemania fue el primer documento que hizo referencia explícita del consentimiento informado y voluntario, sin embargo, fue hasta 1964 que se formuló la Declaración de Helsinki y en 1966 en que W.H. Stewart estableció el requerimiento del consentimiento informado, dado que se enfatizó la importancia de la evaluación ética en la comunidad médico-científica, pero también se planteó la protección de las personas vulnerables, además de que se buscó que se reconocieron los derechos de los pacientes, resaltando la importancia de su autonomía, por lo tanto, desde esta perspectiva el consentimiento informado no solo es un documento de origen legal, sino que abarca principios éticos en la relación médico-paciente, por lo anterior, se considera que este procedimiento médico formal actualmente se ha convertido en una

¹⁴ La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en mujeres que viven un parto vaginal por primera vez (Berzaín y Camacho, 2014).

¹⁵ La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

exigencia ética y en un derecho reconocido por las legislaciones de los países (Gómez, 2009; Vera, 2016).

En el caso de México la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, sobre el expediente clínico, señala que la carta de consentimiento informado, es un documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente (Secretaría de Salud, 2012).

Por otra parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987) indica que el consentimiento informado es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto o su representante legal autoriza con pleno conocimiento la realización de procedimientos médicos y a los riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna; el artículo 21 de este marco normativo estipula que para que el consentimiento informado se considere existente y válido, el sujeto o su representante legal deberán recibir una explicación clara y completa; del mismo modo, en el artículo 24 se señala que si existiera algún tipo de dependencia del sujeto, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser otorgado por algún miembro cercano de la familia o por un representante legal (Congreso de la Unión, 1987).

Para Freitas (2017:31-32) el consentimiento informado es un proceso que se centra en la provisión de información comprensible y entendible, que permite “la deliberación del paciente acerca del tratamiento que le está siendo brindado”, involucra al paciente que necesita ser “sometido a procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos y al profesional de salud responsable de implementarlos”; su objetivo es garantizar el respeto de la autonomía de los pacientes, por lo que el médico deberá transmitir información pertinente del procedimiento que va a realizar, “tales como beneficios, riesgos, consecuencias y alternativas terapéuticas”, para que la decisión del paciente sea consiente.

Considerando lo anterior Vázquez, Ramírez, Vázquez, Cota y Gutiérrez (2017) indican que los procesos que requieren consentimiento informado son los siguientes: ingreso al hospital, procedimientos de cirugía mayor o que requieren anestesia general o regional, salpingoclasia, vasectomía, donación de órganos, tejidos y trasplantes, investigación clínica en seres humanos, necropsia hospitalaria¹⁶, procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico de alto riesgo, cualquier procedimiento que entrañe mutilación y en casos en que el médico lo estime pertinente.

Vázquez y otros (2017) mencionan la importancia de que exista un consentimiento informado cuando se da el ingreso hospitalario y en la atención de urgencias. Para estos autores el derecho a recibir información inicia con el ingreso al hospital, por lo que desde ese momento el usuario debe otorgar el consentimiento informado por escrito, también refieren que cada

¹⁶ Se refiere al procedimiento médico en el que se emplea la disección del cadáver con el fin de obtener información sobre la naturaleza, la extensión y las complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el sujeto (Vázquez y otros, 2010).

práctica médica que se pretenda realizar y que ponga en riesgo la vida del o la paciente debe ser expuesto en dicho documento (Vázquez y otros, 2017). Del mismo modo, estos autores señalan que en caso de urgencia el consentimiento puede ser suscrito por el familiar o por un representante legal, pero también refieren que si él o la paciente no tiene la capacidad de otorgar el consentimiento y si sus familiares están ausentes, el médico tendrá que asumir la responsabilidad de realizar algún procedimiento terapéutico, ya que no es ético ni legal no brindar la atención requerida o retardar la misma, sobre todo cuando la vida de la persona dependa de ello.

Por otra parte, desde la postura de Freitas (2017) el consentimiento informado permite que los individuos puedan ejercer su autonomía, ya que a través de este documento participan en las decisiones sobre su salud, por ello la comprensión de la información por parte del paciente, es una parte esencial del proceso. Esto se complementa con lo que señala Vera (2016) dado que este autor afirma que la información debe ser adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, también indica que solo una persona competente puede dar un consentimiento informado válido legalmente, por lo que indica que si él o la paciente es menor de edad o incompetente¹⁷ por algún deterioro mental, tendrá que asignarse a un familiar o tutor para que asuma dicha responsabilidad.

Desde la visión de Lifshitz (2018) el consentimiento informado en la práctica médica no puede visualizarse únicamente como un procedimiento legal, sino que debe verse bajo una perspectiva ética, ya que está involucrado un acto de decisión libre y voluntaria, para someterse a las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por los médicos, además de que expresa los riesgos y beneficios que estos pueden ocasionar. Lo anterior coincide con los planteamientos de Busquets (2019), dado que refiere que la parte vital del consentimiento informado, es el derecho a la autonomía que se les confiere a los pacientes antes de cualquier actuación sanitaria, para este autor, respetar la negativa del sujeto a someterse a algún procedimiento, significa que realmente se está ejerciendo la autonomía.

Sin embargo, la literatura ha demostrado que el consentimiento informado ha perdido su función de respeto a la autonomía y a la protección de los derechos de los pacientes, ya que se ha hecho visible la falta de información que se otorga a los y las pacientes, además de que se ha reflejado la realización de prácticas médicas desinformadas o realizadas bajo coerción (Mantilla y Di Marco, 2020). Por lo anterior, estos autores refieren que:

El derecho a la autonomía, a la información y la posibilidad de tomar decisiones de forma libre e informada en el marco de intervenciones biomédicas se han convertido en ejes principales de defensa frente a diversas formas de violencia y abuso que se pueden llevar a cabo en el ámbito médico (Mantilla y Di Marco, 2020:260).

¹⁷ Se consideran “incompetentes” a aquellas personas que no tienen la capacidad de entender la información que se les suministra porque se encuentran en un estado físico o psíquico (estado de inconsciencia) que no le permite hacerse cargo de la situación (estado definido por el médico tratante); una persona sólo puede ser declarada incompetente por un tribunal de justicia (Vera, 2016:61-62).

2.8.2. El consentimiento informado en la atención obstétrica

Mantilla y Di Marco (2020) manifiestan que el consentimiento informado dentro de la atención obstétrica ha perdido el objetivo de garantizar el derecho a la autonomía de las mujeres, ya que, para algunos profesionales de la salud, el desarrollo de prácticas sin consentimiento no implica una situación de abuso o violencia, sino que desde su perspectiva significan una garantía de seguridad en el parto. Estos mismos investigadores refieren que el uso del consentimiento informado durante el parto no es transparente ni uniforme, porque no siempre se da la información necesaria, además de que se puede moldear la información de acuerdo con las políticas institucionales, por lo anterior, desde esta visión existe un panorama de desinformación y manipulación de los datos que se convierte en una barrera para asegurar y resguardar la autonomía y los derechos reproductivos de las mujeres, por lo que finalmente este procedimiento es considerado como una formalidad burocrática.

Como ya se señaló en otros apartados las prácticas médicas coercitivas y desinformadas son una de las principales formas de manifestación de la violencia obstétrica, en ese sentido, se puede decir que cualquier acto de coerción puede invalidar el consentimiento informado, ya que la decisión debe formularse libre de cualquier influencia (Mantilla y Di Marco, 2020; Vera, 2016); por lo anterior, la persuasión, la manipulación y la coacción son tres formas que pueden influir en el consentimiento informado y en la autonomía de las mujeres (Vera, 2016).

Vera (2016) manifiesta que la persuasión se realiza cuando a la paciente se le brindan argumentos inválidos y sesgados que pueden inducirla a que acepte una determinada opción, en esta caso se estaría anulando su autonomía. Por otra parte, la manipulación se lleva a cabo cuando se otorga información persuasiva utilizando aspectos psicológicos como: tono de voz, gestos, reacciones emocionales, entre otros, que influyan en una decisión determinada; también existe una “manipulación puramente informacional, que consiste en falsear, desfigurar u ocultar ciertos hechos”, finalmente, la coacción se lleva a cabo cuando se busca influir en la paciente mediante amenazas explícitas, ya sea de forma física, psíquica, económica o legal, cabe señalar que cuando se utiliza coacción se pierde todo sentido de la ética y se transgrede la autonomía de la paciente (Vera, 2016:62-63).

Por lo anterior, a continuación se describen algunos estudios que reflejan la falta de uso del consentimiento informado en la atención obstétrica, así mismo, se expone la transgresión del derecho a la información que han padecido algunas mujeres en las salas de parto.

Venezuela ha sido uno de los países en donde más se ha estudiado la violencia obstétrica, fue el segundo país en incorporar en sus leyes este concepto, es por ello que en este apartado se presentan datos de algunas investigaciones realizadas en ese contexto.

En 2011 Terán, Castellanos, González y Ramos llevaron a cabo un estudio en Venezuela, la investigación fue de corte cuantitativo, el objetivo fue evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica, el total de la muestra fue de 158 mujeres; algunos de los principales hallazgos indicaron que 66.8 % de la muestra manifestó que les realizaron procedimientos médicos sin

consentimiento informado, los prácticas que fueron efectuadas se distribuyen de la siguiente manera: 37% de las mujeres recibieron tactos vaginales reiterados, 31.3% administración de oxitócicos, 24.9% tomar la posición de decúbito dorsal de forma obligatoria, 23.5% cesárea, 20% episiotomía, 19.5% amniotomía¹⁸, 14.1% revisión uterina sin anestesia, 1.9% rasurado de pubis y 1.9% enemas evacuantes (Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013).

Posteriormente, en 2012 fue realizada otra investigación en Venezuela por Pereira, Domínguez y Toro, el enfoque de este trabajo fue también cuantitativo y la finalidad fue determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos, para ello encuestaron a una muestra de 326 mujeres, los resultados del estudio arrojaron que 65.6% de las pacientes manifestó que no se le pidió su autorización por escrito (consentimiento informado) antes de practicarles algún procedimiento médico o quirúrgico, en donde ellas debieron haber tomado una decisión, ya sea aceptándolo o rechazándolo, así mismo, se destacó el hecho de no haber sido tomadas en cuenta, ni habérseles brindado información de manera suficiente y clara; la cesárea y el rasurado de genitales fueron los procedimientos que en mayor medida les fue realizado sin pedirles su consentimiento o explicarles por qué eran necesarios (Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

En el caso de México Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal en 2012 realizaron un estudio mixto en dos hospitales públicos de la entidad de Morelos, la investigación tuvo el propósito de identificar los abusos que se llevan a cabo en las salas de parto, para ello se contó con la participación de 512 mujeres; los hallazgos cualitativos permitieron identificar que no se brindó información a las mujeres sobre los procedimientos propios del trabajo de parto como: el tacto vaginal, aplicación de medicamentos, rasurado de pubis, dilatación del cuello uterino, anestesia, cesárea, episiotomía, métodos anticonceptivos, entre otros, del mismo modo se hizo evidente que la desinformación provocó ansiedad en las mujeres, en ese sentido, los autores afirman que en ambos hospitales fue frecuente que el personal de salud efectuara exploraciones sin pedir consentimiento y sin brindar información acerca de los procedimientos que se realizan en el trabajo de parto (Valdez- Santiago y otros, 2013).

En 2015 se aplicó la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), dicha encuesta fue aplicada a un total de 45.2 millones de mujeres mexicanas de 15 años y más, los hallazgos recopilados indicaron que 31.4% de las mujeres afirmaron haber sufrido violencia obstétrica (Castro y Frías, 2020). Uno de los aspectos que resaltaron fue la atención no consentida, en ese sentido, se pudo detectar que 9.3% refirió haber sido presionadas para aceptar la inserción del DIU o para realizarles una operación para prevenir embarazos, 4.2% de las mujeres indicaron que les practicaron los dos procedimientos antes mencionados pero sin haber sido informadas y fue sin su consentimiento, 1.6% reportó haber sido obligadas a firmar un papel sin saber de qué se trataba.

¹⁸ Es una técnica muy utilizada en el ámbito de la obstetricia, que consiste en la rotura artificial e intencional de membranas amnióticas y se lleva a cabo mediante la introducción de un amniotomo (objeto punzante) en la vagina durante el trabajo de parto (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

Otro de los hallazgos que se detectó en este estudio, es que los abusos y la atención no consentida se dan en mayor medida en mujeres jóvenes indígenas y que habitan en contextos más desfavorecidos, para Castro y Frías (2020) estos hechos están relacionados con el autoritarismo y la falta de ética en las prácticas médicas.

Más tarde en 2017 Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cazares llevaron a cabo una investigación cuantitativa en la entidad de Sonora, la muestra se compuso de 45 mujeres; a través de los hallazgos se logró identificar que la episiotomía, los tactos vaginales y el rasurado de pubis fueron los procedimientos que en mayor medida se les realizaron a las usuarias, sin consentimiento informado, ni brindarles información sobre el proceso, los riesgos y sin explicarles por qué eran necesarios (Figueroa y otros, 2017).

Por otra parte, el canal noticiero de youtube AJ+ Español (2018) realizó un documental en donde se relata que en las comunidades de Guerrero es frecuente que a las mujeres les coloquen el dispositivo intrauterino (DIU) sin existir un consentimiento informado, por lo que refieren que en 2018 la asociación civil *Kinal Antzetik* ha documentado más de 30 casos de mujeres guerrerenses que no sabían que se les había colocado el DIU. En ese sentido, se puede decir que la colocación del DIU en algunas comunidades de Guerrero se realiza de manera ilegal, por lo que el derecho al consentimiento informado en esos contextos no se cumple (AJ+ Español, 2018).

Por todo lo revisado en este apartado, se puede observar que el consentimiento informado no solamente se circunscribe a los aspectos legales, sino que incluye valores éticos, por lo anterior, este documento debe servir para reconocer y respetar el derecho a la información que tienen las mujeres, involucrarlas en los procesos relacionados con su salud y mejorar la comunicación que debe darse en la relación médico-paciente, finalmente, se puede decir que el consentimiento informado es un derecho por lo que debe constituir una exigencia jurídica y ética.

2.8.3. Negligencia médica

Una de las manifestaciones de la violencia obstétrica es la que se relaciona con la mala praxis que ejercen los médicos dentro de las instituciones de salud (Castro y Erviti, 2015). El Consejo Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2016) define la mala praxis como:

Toda infracción de parte del médico, del deber propio de su profesión y más concretamente del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar (CONAMED, 2016).

La cita anterior muestra que la mala praxis, alude a cualquier infracción que pudiera cometer un médico. En ese sentido, el CONAMED (2016) señala cuatro categorías que son reconocidas como mala praxis:

1. Negligencia: descuido de precauciones y no brindar atenciones calificadas como necesarias; cuando a pesar de tener el conocimiento no se aplica y se provoca daño.
2. Impericia: falta de capacidad y experiencia, de conocimientos técnicos y prácticos; cuando se actúa sin tener el conocimiento y se genera daño.

3. Impericia temeraria: sometimiento a riesgos innecesarios a causa de falta de conocimiento.
4. Dolo: maquinación o artificio para dañar a otro. Siempre es punible ya que viola conscientemente la Ley (CONAMED, 2016).

A pesar de que se mencionan cuatro categorías de mala praxis, en este apartado solamente se abordará la negligencia médica, es decir, los descuidos u omisiones por parte de los médicos que se consideran una manifestación de la violencia en contra de las mujeres y que es ejercida en las instituciones de salud (Castro y Erviti, 2015).

Existen marcos normativos que contemplan dentro de su ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia la negligencia médica, como parte de la violencia obstétrica. Un ejemplo de ello es la Ley del estado de Guanajuato, dado que esta ley en el artículo 5, fracción VIII, estipula que la violencia obstétrica es “todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la *negligencia en su atención médica*” (Congreso del Estado de Guanajuato, 2018).

Por otra parte, GIRE (2015) indica que la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de Durango, Chiapas y Veracruz, especifican que omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, es parte de la violencia obstétrica, estos actos de omisión se relacionan con la negligencia médica que puede llevarse a cabo en las instituciones de salud.

En el caso de Veracruz en su código penal, específicamente en el artículo 363, fracción I, se establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que: “no atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas” (GIRE, 2015:127). En otras palabras, esta estipulación normativa refiere que la negligencia médica, es una expresión de la violencia obstétrica que pueden experimentar las mujeres que acuden a las instituciones de salud a solicitar servicios médicos por alguna necesidad o emergencia obstétrica.

En ese sentido, cuando una mujer embarazada es víctima de negligencia médica, sufre violencia obstétrica y por lo tanto, sus derechos humanos son vulnerados (GIRE, 2015).

Uno de los derechos fundamentales que se estaría violando es el derecho a la salud. De acuerdo con la OMS (2014:1), la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, señala que la salud es uno de los “derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. De igual manera, menciona que este derecho debe incluir “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”.

La OMS (2017) indica que el derecho a la salud se rige por tres principios rectores que son los siguientes:

1. No discriminación: el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

2. Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
3. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:
 - Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
 - Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
 - Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
 - Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que entró en vigor en 1976, en el artículo 12, reconoce que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966). En el año 2000, se realizó una observación general para el artículo 12 antes señalado; en ésta se agrega que la salud comprende el derecho a no padecer injerencias, pero también el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales (ONU, 2000: 3).

Como se puede observar la salud es un derecho de todo ser humano, en el cual se contempla no solamente la salud física, sino también la mental, sexual y reproductiva; de igual manera, el derecho a la salud contempla no padecer torturas, ni agresiones (ONU, 2000).

En el caso de México el derecho a la salud está estipulado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en este se establece que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917). Sin embargo, a pesar de que existen marcos normativos a nivel internacional y nacional que señalan que la salud es un derecho humano, este se viola y se transgrede cuando existe negligencia médica (CONAMED, 2016).

Tal y como lo señala la OMS (2014), la negligencia médica es una de las prácticas violentas que padecen las mujeres que acuden a las instituciones a solicitar el servicio de salud. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en 2019, dirigió tres recomendaciones (66/2019, 82/2019 y 83/2019) a tres hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): una fue dirigida por violencia obstétrica al Hospital General de Zona 14 en Hermosillo, Sonora; otra se destinó por negligencia médica y pérdida de la vida al Hospital General de Zona 24 en la Ciudad de México y la última se dirigió por violencia obstétrica al Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1 en La Paz, Baja California Sur (CNDH, 2019).

Este Organismo ratificó en estas recomendaciones la violación del derecho a la salud, a la integridad personal, a una vida libre de violencia obstétrica, al acceso a la información en materia de salud, por parte del personal médico (CNDH, 2019).

La CNDH en la recomendación 66/2019, apuntó que la negligencia médica provocó:

Afectaciones de carácter irreversible a la paciente, ante la grave sepsis puerperal que resultó en la pérdida total del útero (matriz) y las tubas uterinas, con lo cual se alteró su condición física y psicológica que de manera personal le impactan como mujer y pueden incidir en su vida sexual y los diversos roles sociales; sin dejar de mencionar que, aunado a lo anterior, con las irregularidades observadas se puso en riesgo la integridad física, incidiendo directamente en su derecho a la protección de la salud (CNDH, 2019).

La CNDH (2019) indicó que la negligencia se debió a que el personal médico omitió administrarle “antibiótico de forma profiláctica (preventiva) a la paciente, antes de la cesárea para disminuir el riesgo de infección y con ello de morbilidad y mortalidad por sepsis puerperal”; además, esta situación se complicó porque la paciente posteriormente fue tratada con penicilina, antibiótico al que resultó ser alérgica, por lo que la CNDH señala que se omitió la obtención de datos o antecedentes que permitieran identificar las alergias de la paciente, por lo que se expuso su vida.

En la recomendación 82/2019, la CNDH señaló que hubo una inadecuada atención, dado que, aunque la paciente estaba grave, no se autorizó el traslado a otro hospital más especializado. La paciente fue detectada con “necrosis¹⁹, por lo que fue operada de urgencia y permaneció internada en tres ocasiones, la última hasta el 6 de enero de 2018, cuando se declaró su deceso, tras 29 días con lesiones cerebrales irreversibles” (CNDH, 2019).

Para la CNDH (2019) la negligencia del personal médico consistió en “no otorgar la atención que requería la paciente según sus padecimientos y necesidades”, además, los médicos no realizaron un “diagnóstico temprano y adecuado del proceso de infección que presentaba”, por lo que se violó el derecho a la protección de la salud y la paciente perdió la vida.

La última recomendación 83/2019, realizada por la CNDH (2019), fue por negligencia médica, dado que el médico omitió que el embarazo de una mujer de 23 años era de alto riesgo por “obesidad, posmadurez, sufrimiento fetal y ruptura prematura de membranas de 5 horas, lo que provocó complicaciones para el producto de la gestación”.

Adicionalmente, la comisión señaló la ausencia del personal de pediatría al momento del parto; en ese sentido, “la recién nacida fue valorada por un especialista nueve horas después”; la tomografía de cráneo reflejó que la recién nacida presentaba “atrofia córtico subcortical frontal-temporal²⁰, probablemente secundaria a sufrimiento fetal crónico”; por tal motivo, la infante requerirá “toda su vida atención integral por medicina física y rehabilitación, neurología, gastroenterología, nutrición y las que demande su estado de salud” (CNDH, 2019).

Las recomendaciones realizadas por la CNDH al IMSS sugieren la reparación de los daños, tanto para las víctimas, como para los familiares de la finada, la cual incluye “compensación económica y atención médica y psicológica hasta su sanación psíquica y emocional”. Asimismo, sugiere capacitar e instruir al personal médico en “materia de derecho a la protección de la salud materna, obligaciones de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en la prestación de servicios de salud” (CNDH, 2019).

¹⁹ Extensa y perforación de intestinos, necrosis uterina y de ambos ovarios (CNDH, 2019).

²⁰ Disminución o menor crecimiento de alguna parte del cerebro (Neurología.com, 2019).

Finalmente, la CNDH (2019) evidenció la violencia que sufrieron estas mujeres, entre las cuales, como ya se señaló, se encuentra la negligencia médica, la violación del derecho a la salud; en otras palabras, se transgredió el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica.

2.8.4. Masificación de la cesárea

Según la Secretaría de Salud (2013), los índices de cesáreas en las labores de parto, se han incrementado en gran medida; este organismo señala que este aumento se intensificó considerablemente en los últimos 20 años.

La Secretaría de Salud (2013) define a la cesárea como una:

Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía²¹ e incisión de la pared uterina (Secretaría de Salud, 2013:11).

Este organismo indica que algunas cesáreas se realizan por el grado de urgencia, es decir, para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica; pero también se llevan a cabo por petición de la madre (electiva), en otras palabras, se puede realizar este procedimiento, aunque no exista alguna “indicación médica u obstétrica” (Secretaría de Salud, 2013:11).

La Secretaría de Salud (2013) menciona que las indicaciones para realizar una cesárea consideran causas maternas, fetales o mixtas; sin embargo, Bernal y Escobedo (2018) debaten este argumento y señalan que en México existe un aumento de las cesáreas, las cuales con frecuencia se llevan a cabo sin indicaciones justificadas.

Bernal y Escobedo, en 2018, realizaron un estudio documental, en donde revisaron 360 artículos que abordaron el tema de la cesárea realizada en mujeres de 20 a 35 años, que llegaron al término de la gestación. El objetivo de este análisis fue describir la situación actual de la cesárea en México y exponer los factores asociados a su práctica injustificada.

Entre los hallazgos identificados por Bernal y Escobedo (2018), se destaca que la práctica de cesáreas es más frecuente en hospitales privados que en instituciones públicas. En 2018, los porcentajes más elevados de cesáreas se registraron en hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX), alcanzando un 63%. Cabe señalar que, si bien estos hospitales pertenecen a una empresa productiva del Estado, su funcionamiento responde a un esquema de atención dirigido a una población específica (trabajadores y derechohabientes), lo que los diferencia de otras instituciones públicas de acceso general. En contraste, en ese mismo periodo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó una proporción de nacimientos por cesárea del 20%.

Otro dato interesante que identificaron estos autores es la edad promedio de las mujeres a quienes se les realiza este procedimiento quirúrgico. En ese sentido, Bernal y Escobedo (2018) expresan que existen dos grupos de mujeres en las que con mayor frecuencia se realiza la cesárea: 1) mujeres primíparas de entre 12 a 19 años de edad y 2) mujeres primíparas mayores de 35 años.

²¹ Intervención quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales (Secretaría de Salud, 2013).

Por lo anterior, Bernal y Escobedo (2018) destacan que el nivel socioeconómico constituye un factor determinante en la exposición a la cesárea, siendo las mujeres en condiciones de mayor desventaja económica quienes presentan una mayor probabilidad de ser sometidas a este tipo de intervención. En este sentido, variables como una baja escolaridad o su ausencia refuerzan dicha condición de vulnerabilidad, evidenciando la influencia de las desigualdades socioeconómicas en la atención obstétrica.

Otro de los hallazgos señala que existe un aumento de cesáreas por petición materna; no obstante, estos autores señalan que esto obedece a la falta de información que los médicos otorgan a las mujeres embarazadas sobre el parto natural, por lo que las mujeres, al desconocer el proceso, sienten miedo. Por lo tanto, el miedo y la falta de información contribuyen para que las mujeres acepten pasivamente la cesárea (Bernal y Escobedo, 2018).

Bernal y Escobedo (2018:31) indican que, debido a la falta de información, las mujeres desconocen que existe una mayor probabilidad de que la madre pueda morir luego de una cesárea, en comparación con un parto vaginal; dado que la posibilidad de que se origine una muerte materna durante el parto mediante este proceso quirúrgico es de 3.6 veces mayor. Así mismo, existe un mayor riesgo de mortalidad neonatal.

Según estos autores, “la tasa de mortalidad neonatal es 2.4 veces más elevada entre niños nacidos por cesárea electiva que en los nacidos por vía vaginal”. Por otra parte, existe un riesgo 2 veces mayor de ingreso a cuidados intensivos del neonato (a) por más de 7 días, tanto en cesáreas electivas como urgentes (Bernal y Escobedo, 2018:31).

Otro de los hallazgos indica que existe una percepción errónea del parto natural; inclusive se cataloga como un proceso “anticuado”, mientras que la cesárea se percibe como un método “favorable, seguro y rápido para el nacimiento”.

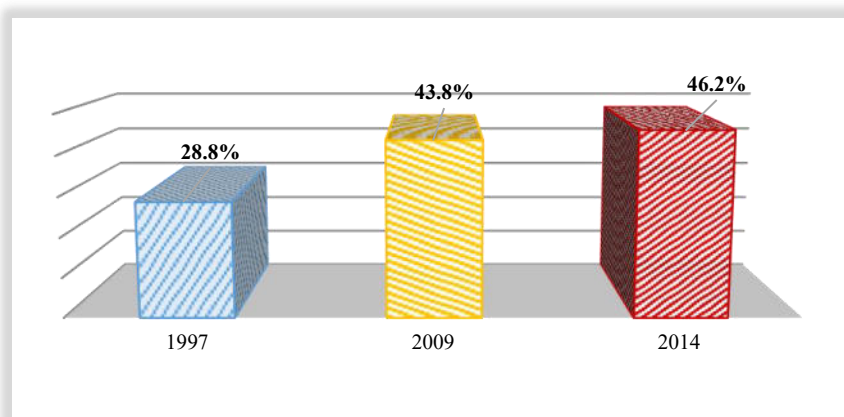
Para Bernal y Escobedo (2018) el perfil y la edad del obstetra tienen importancia en el aumento de este proceso quirúrgico, dado que actualmente a estos especialistas se les capacita para atender los partos mediante métodos más intervencionistas y se deja a un lado los métodos para atender los nacimientos por vía vaginal. Por otra parte, en cuanto a la edad, estos autores mencionan que “los médicos jóvenes tienen mayor probabilidad de llevar a cabo una cesárea cuando enfrentan problemas de distocia²² que los médicos más experimentados”.

Finalmente, estos autores afirman que todos los artículos revisados señalan que en las últimas décadas México ha registrado un incremento de dicha práctica, por lo que actualmente ocupa el cuarto lugar, después de China, Brasil y EUA, con el mayor número de cesáreas innecesarias (Bernal y Escobedo, 2018).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2016, realizó un análisis sobre el incremento de cesáreas en México; para ello consideró tres periodos: 1997, 2009 y 2014. Los datos indican que existe un incremento notable de las cesáreas, dado que en 1997 constituían 28.8% de todos los partos, porcentaje que en 2009 se incrementó a 43.8% y en 2014 aumentó a 46.2%. Estos datos permiten identificar que casi la mitad de los partos durante 2014 eran resueltos mediante este procedimiento quirúrgico (gráfica 3).

²² Parto lento, laborioso y difícil (Bernal y Escobedo, 2018).

Gráfica 3. Incremento de las cesáreas en México 1997, 2009 y 2014.



Fuente: CONAPO, 2016.

El CONAPO identificó los argumentos que buscan justificar este procedimiento quirúrgico y que se relacionan principalmente con complicaciones durante el parto (tabla 2).

Tabla 2. Complicaciones durante el parto, 1997, 2009, 2014.

1997	2009	2014
Se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores	Tuvo sangrado abundante o grave	Tuvo sangrado abundante o grave
Tuvo presión alta	Tuvo presión alta	Presión alta o preeclampsia
Tuvo presión baja	Tuvo ataques o convulsiones	Tuvo ataques o convulsiones
El (la) niño(a) venía de pies o sentado(a)	Le bajó mucho la presión	El bebé venía en mala posición
El (la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado	Se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores	El bebé traía el cordón umbilical enredado
	El (la) niño(a) venía de pies o sentado	El bebé tuvo problemas para nacer
	El (la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado	El bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)

Fuente: CONAPO, 2016.

Como se puede observar, a pesar de que hay varios años entre los periodos referenciados, existe similitud en algunas complicaciones que justifican el uso de la cesárea como método para atender los nacimientos por complicaciones de la madre o del feto.

Los datos aportados por el CONAPO (2016), indican que, en México, los partos atendidos mediante la cesárea han excedido el número recomendado por la OMS. La tasa ideal de cesárea, según la OMS (2015), debe oscilar entre 10% y 15% del total de procedimientos; sin embargo, el porcentaje de cesáreas a escala nacional sobrepasa por mucho el porcentaje ideal que señala este organismo.

Los datos más recientes que arrojó la ENDIREH en 2016 indican que de las mujeres de entre 15 a 49 años que han tenido su parto en los últimos cinco años²³, 42.8% reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea. 10.3% de las mujeres no fue informada de la razón de la cesárea y a 9.7% no se le pidió su autorización para realizarla, siendo el esposo o pareja quien tomó la decisión.

Un aspecto que se identifica es la falta de información sobre el motivo de la cesárea, así como el no consentimiento de las mujeres para realizarles el procedimiento. GIRE (2015) señala que existe una violación de derechos reproductivos cuando a las mujeres no se les consulta o informa sobre las decisiones que se van a tomar en el curso del trabajo de parto. Por lo que este organismo menciona que esa sería una expresión de violencia obstétrica en contra de las mujeres y que se origina en las instituciones de salud.

GIRE (2015:123) señala que los índices de cesáreas que han ido en aumento son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas y de violencia obstétrica que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Como se pudo observar, los datos estadísticos recientes indican que México sobrepasa con 27.8% el porcentaje recomendado por la OMS y con 22.8% el porcentaje establecido de cesáreas permitido por la Norma Oficial Mexicana 007²⁴, lo cual podría indicar un abuso del procedimiento y una masificación de cesáreas innecesarias; en otras palabras, sin causas justificables (INEGI, 2016).

Las cesáreas innecesarias, y además sin pleno consentimiento de las mujeres, entrarían dentro de las prácticas invasivas nombradas como “violencias obstétricas”. La práctica de cesáreas innecesarias es una violación a los derechos humanos, así como cualquier intervención innecesaria durante la atención del parto se considera una forma de maltrato a las mujeres (animalpolítico, prensa 19 de enero de 2019).

Es importante mencionar que, en las leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de Durango, Chiapas y Veracruz, aparecen especificados dos de los actos y omisiones que se tipifican como violencia obstétrica; ambas se relacionan con la masificación de las cesáreas innecesarias. En ese sentido, 1) alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y 2) practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (GIRE, 2015).

Como se puede observar, estas dos especificaciones plasmadas en el marco normativo de estas entidades, señalan que la realización de la cesárea sin consentimiento informado es una manifestación de la violencia obstétrica; asimismo, establecen que dicho procedimiento se convierte en una práctica violenta en contra de las mujeres cuando existen condiciones para realizar un parto natural pero se omiten y se lleva a cabo la cesárea innecesaria, por lo que se puede decir que se altera el proceso de parto natural, lo cual se considera una violación de derechos humanos y reproductivos en contra de las mujeres (GIRE, 2015).

²³ De octubre de 2011 a octubre de 2016.

²⁴ La Norma Oficial Mexicana 007 establece un máximo de 15% en hospitales de segundo nivel de atención y de 20% en los de tercer nivel (GIRE, 2015).

Finalmente, la OMS (2015) afirma que las tasas de cesárea superiores al 15% no precisamente reducen la tasa de muerte materna y neonatal, pero que las cesáreas “pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas”; del mismo modo, añade que “idealmente, las cesáreas deben realizarse sólo cuando son necesarias por razones médicas”.

2.8.5. Tricotomía (rasurado de pubis)

La tricotomía es un procedimiento que se lleva a cabo en la fase preoperatoria y consiste en la eliminación del vello del área, para posteriormente realizar una incisión operatoria con ayuda de dispositivos cortantes (Lima, Melchior, Menezes, Soares, y Prado, 2014). La tricotomía en la atención del parto consiste en el rasurado púbico, el cual se realiza antes del parto; este procedimiento ha sido utilizado de forma rutinaria, ya que se pensaba que la tricotomía podía reducir la tasa de infección y facilitar la sutura perineal en caso de que se realizara episiotomía o si se produjera alguna laceración (De Alexandria, Oliveira, Bessa, Albuquerque y Santana, 2019).

Un estudio cuantitativo realizado por Climent (1987) en el contexto de Argentina, permitió identificar desde la perspectiva de los médicos, cuáles eran las prácticas que suponían eran apropiadas en la atención obstétrica, en ese sentido, se pudo determinar que el rasurado púbico fue uno de los procedimientos que los médicos consideraron como necesario, dado que 80% del total de muestra de profesionales encuestada (104 médicos) así lo afirmó, por tal motivo esta práctica era realizada en forma rutinaria y generalizada en todos los partos.

Távora (2003) menciona que la tricotomía fue introducida en la atención del parto, como una medida para disminuir o exentar la proliferación de gérmenes y de este modo reducir las infecciones puerperales, sin embargo, este autor hace referencia de un experimento realizado en 1995 con dos grupos de control en Estados Unidos, para este estudio se seleccionaron parturientas de forma aleatoria, en un grupo se asignaron mujeres a las cuales se les realizó el rasurado de pubis, mientras que en otro se situó a las que no se les efectuó esta práctica, los resultados revelaron que el rasurado de pubis fue una puerta de entrada para los gérmenes que se asientan en los folículos pilosos del vello pubiano y perineal, por lo tanto, la inferencia fue que este procedimiento propicia las condiciones para que se produzca una infección puerperal.

Actualmente, se sabe que la tricotomía en la atención del parto trae más daño que beneficios (De Alexandria y otros, 2019; Lima y otros, 2014; SS, 2014; Távora, 2003); también se conoce que esta práctica médica puede traer efectos adversos, uno de ellos es infección del sitio quirúrgico (De Alexandria y otros, 2019). La Guía de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo de la Secretaría de Salud (2014) afirma que no existen pruebas suficientes que demuestren la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, sino al contrario se ha reportado menor colonización bacteriana en las mujeres que no se les ha realizado este procedimiento.

Por lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (2019:4) en el libro “Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, menciona que: “no se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del

parto vaginal”. Del mismo modo, la guía de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo indica que se debe evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios, sino al contrario causa diversas molestias como: irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva, así mismo, sugiere que la tricotomía durante el trabajo de parto solo se realice en algunos casos si existe justificación médica, también añade que debe informarse a la paciente (Secretaría de Salud, 2014).

Lo anterior coincide con lo expuesto por Távara (2003) ya que esta autora recomienda no efectuar el rasurado púbico en las parturientas, además añade que en los casos de mujeres que van a ser sometidas a cesárea, se debe efectuar solo recorte del vello con tijeras; dado que el uso inadecuado de los dispositivos utilizados para tricotomizar pueden causar microlesiones en la piel y estas, a su vez, favorecer el crecimiento de microorganismos y provocar alguna infección (Lima y otros, 2014). No obstante, Lima y otros (2014) refieren que esta intervención médica sigue realizándose de forma generalizada y es utilizada en un gran número de partos normales, en los cuales es innecesaria y perjudicial.

Pereira, Domínguez y Toro en el año 2012, llevaron a cabo un estudio cuantitativo en el contexto de Venezuela, la finalidad fue determinar la prevalencia de violencia obstétrica en la sala de partos, para ello encuestaron a una muestra de 326 mujeres, los resultados del estudio arrojaron que 65.6% de las mujeres les realizaron el rasurado de genitales sin pedirles su consentimiento o explicarles por qué era necesario, es decir, no se les pidió su autorización por escrito (Pereira y otros, 2015).

Posteriormente en 2013, en el contexto venezolano Terán, Castellanos, González y Ramos desarrollaron una investigación de corte cuantitativo, el objetivo fue evaluar la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en relación con prácticas consideradas como violencia obstétrica, el total de la muestra fue de 158 mujeres, el hallazgo que se identificó fue que el rasurado de pubis se realizó a 1.9% de las mujeres y se llevó a cabo sin brindarles información sobre la justificación de dicho procedimiento (Terán y Otros, 2013). Como se puede observar el rasurado de pubis en ambas investigaciones se resalta que este procedimiento fue efectuado con carencia de información que justificara esta práctica médica.

En el caso del contexto mexicano Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal en 2012 realizaron un estudio mixto en dos hospitales públicos del estado de Morelos en los cuales se brinda atención ginecobstétrica. El objetivo fue identificar los abusos en contra de las mujeres en las salas de parto, la muestra fue de 512 usuarias. Los hallazgos arrojaron que el rasurado perianal fue una de las prácticas que continúa realizándose de manera rutinaria, a pesar de que se ha demostrado que es poco benéfica para las mujeres y que incluso puede ser perjudicial para su salud (Valdez- Santiago y otros, 2013).

Por otra parte, Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cazares en 2017 realizaron un estudio cuantitativo en el estado de Sonora, el objetivo fue conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la existencia de violencia obstétrica. Para ello se contó con la participación de 45 mujeres, los resultados arrojaron que el rasurado fue realizado a 91.1% de las mujeres, a su vez, se señaló que este procedimiento fue efectuado en las usuarias sin pedirles consentimiento o informarle sobre los riesgos y sin explicarles por qué eran necesarios (Figueroa y otros, 2017).

Como se puede observar a pesar de que la OMS (2019) afirma que no se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal, los datos empíricos demuestran que este procedimiento médico se continúa realizando de forma rutinaria, al mismo tiempo de que se realiza sin brindar información que determine la justificación del mismo y no se explican los riesgos que puede ocasionar. Finalmente, desde la perspectiva de Rangel-Da Silva, De Souza-Serrano, y Moreira-Christoffel (2006) sostienen que el rasurado de pubis es un procedimiento que debe ser suprimido, ya que como se ha mencionado anteriormente es una práctica que no brinda ventajas, sino que puede causar malestares y daños a las parturientas.

2.8.6. Enema evacuante

Un enema evacuante se refiere a la introducción de líquido al intestino a través del recto, los enemas suelen prepararse con cantidades pequeñas de químicos y agua, su función es la de limpiar el intestino grueso (Brooker, 2010). Reveiz, Gaitán y Cuervo (2007) señalan que administrar a las mujeres enemas durante el trabajo de parto ha sido una práctica habitual que se ha realizado de forma rutinaria desde hace años en diversos países. La aplicación del enema antes del parto es un procedimiento que se ha utilizado para reducir la presencia de heces al momento de parir y las infecciones puerperales (endometriosis o infecciones en el periné) y neonatales; así mismo, se pensaba que la práctica proporcionaba más espacio para el nacimiento del feto y reducía la duración del trabajo de parto (Távora, 2003; Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007).

Reveiz, Gaitán y Cuervo realizaron un estudio documental en 2007, con el objetivo de evaluar los efectos de los enemas aplicados durante el parto y buscar evidencias sobre los beneficios de la práctica médica. Los resultados de esta investigación arrojaron que el enema puede producir una encopresis²⁵ fecal acuosa mientras ocurre el parto, lo cual pudiera aumentar el riesgo de infección, por otra parte, se detectó que el enema es un procedimiento desagradable y que provoca dolor a las mujeres durante el trabajo de parto, estos autores señalan que ningún ensayo de los que fueron revisados evaluó a profundidad el dolor que provoca el enema en las mujeres, del mismo modo, consideran que es necesario profundizar sobre los efectos adversos que produce; por lo tanto, desde su perspectiva no existen pruebas suficientes que apoyen el uso sistemático de enemas durante el trabajo de parto (Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007).

Lo anterior coincide con lo que plantea Távora (2003) ya que actualmente se ha concluido que el enema solo disminuye la presencia de heces durante el parto, pero no reduce la tasa de infecciones, del mismo modo, se ha identificado que constituye una seria molestia para las parturientas, por lo que el enema debe realizarse solo si la mujer lo solicita (Távora, 2003; Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2019) señala que no se recomienda realizar enemas en el trabajo de parto, dado que la realización sistemática de este procedimiento carece de evidencia médica que indique los beneficios clínicos que aporta en el parto, además este organismo añade que el enema actualmente se considera una

²⁵ Incontinencia fecal involuntaria (Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007).

intervención masiva que genera molestias a las mujeres parturientas (Barbosa, Junqueira, Mota y Fernández, 2011; OMS, 2019; Távara, 2003; Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007).

La Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo diseñada por la Secretaría de Salud en 2014, señala que no se debe utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto, de la misma manera, sugiere que debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente, las recomendaciones anteriores se establecen debido a la falta de evidencias sobre los beneficios, por las incomodidades que provocan en las mujeres y porque se considera que es un procedimiento que interfiere en la atención del periodo expulsivo.

No obstante, a pesar de estas recomendaciones este procedimiento se sigue realizando sin justificación médica. En ese sentido, el grupo de estudio SEA-ORCHID, realizó un estudio documental en 2005, para ello fueron revisados 9,550 registros médicos de mujeres del sudeste asiático (sur de China y oriente de la India) que fueron ingresadas a las salas de parto, los hallazgos indicaron que en Filipinas, Malasia, Indonesia y Tailandia 61% de los partos fueron implementados procedimientos médicos rutinarios injustificados, el uso de enema fue una de las prácticas que en mayor medida se efectuó (Grupo de estudio SEA-ORCHID, 2008).

Un estudio cuantitativo realizado en 2015 por Biscegli, Grio, Melles, Ribeiro y Gonsaga en el contexto de Brasil, permitió identificar que el enema evacuante se realizó en 27% de 172 partos, un dato relevante es que se detectó que esta práctica se llevó a cabo sin esclarecimiento o información previa y sin autorización por parte de las mujeres.

En el contexto de México la investigación realizada en 2012 por Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal, logró identificar que el enema evacuante es una de las prácticas médicas que se realiza de manera rutinaria, sin consentimiento y sin explicar porque es necesario realizar el procedimiento, a pesar de que se ha demostrado que no brinda beneficios en la labor de parto (Valdez- Santiago y otros, 2013).

Como se puede observar el tema del enema evacuante ha sido poco estudiado tanto en contextos internacionales como nacionales, por lo que se dificultó anexar más estudios que permitan sustentar teóricamente este apartado. Sin embargo, los textos que se citan (Barbosa, Junqueira, Mota y Fernández, 2011; Biscegli, Grio, Melles, Ribeiro y Gonsaga, 2015; Grupo de estudio SEA-ORCHID, 2008; OMS, 2019; Távara, 2003; Reveiz, Gaitán y Cuervo, 2007; Secretaría de Salud, 2014 y Valdez-Santiago y otros, 2013) llegan al consenso de que es un procedimiento ampliamente utilizado, el cual se realiza en mayor medida sin consentimiento y sin otorgar información a las mujeres, también se resalta que se carece de evidencia científica que numere los beneficios clínicos que brinda esta práctica médica, además de que causa diversas molestias físicas a las mujeres, es por ello que se recomienda no realizar el enema antes del trabajo de parto.

Finalmente, Barbosa, Junqueira, Mota y Fernández (2011) sugieren que a las mujeres parturientas se les debe permitir la evacuación espontánea que se produce antes del parto, dado que esto reduciría el malestar intestinal de forma natural y de esa forma se puede prevenir la eliminación de heces durante el periodo expulsivo.

2.8.7. Episiotomía

La palabra episiotomía se deriva del griego episton (región púbica) y tomé (cortar), se trata de un procedimiento obstétrico que se realiza en el trabajo de parto, consiste en la realización de una incisión perineal que se lleva a cabo para hacer más grande la salida de la vulva, desde la perspectiva médica es un procedimiento que sirve para evitar desgarres del perineo o para acelerar el alumbramiento (Brooker, 2010) (figura 1).

Figura 1: Realización de la episiotomía.



Fuente: Brooker, 2010.

Según Romero y De Prado (2002) en 1742 Fieldi Ould médico y escritor Irlandés llevo a cabo la primer episiotomía, aunque en esa época se le nombró “escarificación vaginal”, esta práctica se empezó a realizar en partos difíciles, ya que se consideraba que era benéfica y servía para facilitar la expulsión del recién nacido, dado que la constricción del orificio externo de la vagina se ensanchaba con este procedimiento; posteriormente, en 1857 se definió el término con el que hoy se conoce, más tarde en 1878 Broomal, médico y científico fue el que propuso que esta práctica se realizará en forma rutinaria, pero fue hasta 1920 que De Lee y Pomeroy científicos que vivieron en el siglo XX protocolizaron su uso rutinario, por lo que desde esa fecha hasta hoy en día es frecuente que se les realice a mujeres primigestantes siendo una de las intervenciones obstétricas que más se realiza durante el trabajo de parto (Rodrigues, 2020; Romero y De Prado, 2002).

En ese sentido, la episiotomía se adoptó en diversos contextos como un procedimiento obstétrico rutinario, en los años cincuenta fue adoptado por Estados Unidos (EEUU), a finales de los setenta por los países anglosajones como Canadá, Inglaterra y Australia, a mediados de los ochenta por el resto de occidente (Rodrigues, 2020; Romero y De Prado, 2002); sin embargo, en 1983 dieron inicio investigaciones que pusieron en duda la efectividad de la episiotomía, así como los beneficios de esta práctica, además de que hicieron evidente los efectos secundarios que puede ocasionar (Rodrigues, 2020).

En 1983 Stephen Thacker y David Banta iniciaron una línea de investigación que buscó demostrar los daños que provoca la episiotomía; esto sirvió para que diversos investigadores dieran continuidad a este objetivo, por lo que en años posteriores se continuaron efectuando diversos estudios observacionales, clínicos, de control, documentales, cuantitativos, cualitativos, entre otros, los cuales han estado encaminados a identificar los efectos

secundarios que produce la episiotomía,; también han indagado sobre el uso injustificado con el que se realiza, así mismo, han abordado la falta de información que se les brinda a las mujeres sobre los riesgos que puede ocasionar esta práctica en su salud (Angioli y otros, 2000; Gjessing, Backe y Sahlin, 1998; Rodrigues, 2020; Romero y De Prado, 2002; Signorello y otros, 2000; Nager y Helliwell, 2001).

Angioli, Gómez- Marín, Cantuaria y Sullivan realizaron una investigación documental en el año 2000 en Miami, con el objetivo de identificar las laceraciones perineales de tercer o cuarto grado que pueden aparecer después de la episiotomía, este estudio consistió en la revisión de la base de datos de partos del Jackson Memorial Hospital, University of Miami, el análisis de los datos comprendió un periodo de siete años desde 1989 hasta 1995, la muestra fue de 50,210 registros de mujeres que dieron a luz en esta institución; los hallazgos permitieron determinar que la episiotomía fue un factor de riesgo que aumentó las laceraciones graves del esfínter anal y del recto, por lo que estos autores concluyeron que esta práctica debe evitarse siempre que sea posible.

Del mismo modo, en el año 2000 Signorello, Harlow, Chekos y Repke, llevaron a cabo un estudio retrospectivo en el contexto americano con 615 mujeres primíparas, el objetivo fue evaluar la relación entre el trauma obstétrico perineal causado por la episiotomía y el funcionamiento sexual posparto. Los resultados indicaron que 41% de la muestra de 3 a 6 meses después del parto experimentó dispareunia²⁶; también se identificó que una cuarta parte de las mujeres 6 meses después percibieron una disminución de la sensación sexual, empeoramiento de la satisfacción sexual y menor capacidad para alcanzar el orgasmo, en este estudio se concluyó que la episiotomía aumenta las probabilidades de que existan trastornos sexuales posparto (Rodrigues, 2020; Signorello y otros, 2000).

Por otra parte, Nager y Helliwell (2001) realizaron un estudio observacional en el contexto americano con 80 mujeres en su mayoría primíparas con embarazos a término, los hallazgos de esta investigación indicaron que la episiotomía aumenta la laceración perineal y la rotura del esfínter anal.

Alperin, Krohn y Parviainen realizaron un estudio documental en Pittsburgh, Pensilvania en 2008, el objetivo fue examinar si la episiotomía en el primer parto vaginal aumentaba el riesgo de laceración obstétrica espontánea en el parto posterior, para esta investigación se realizó una revisión de 6,052 registros de mujeres que tuvieron partos vaginales y que fueron atendidas en el Hospital Magee-Womens durante el periodo de 1995 a 2005, los resultados de este estudio indicaron que la episiotomía en el primer parto vaginal aumenta el riesgo de laceración obstétrica espontánea en el parto posterior, por lo que estos autores concluyeron que se debe restringir el uso de la episiotomía.

Cabe señalar que los estudios antes señalados Angioli y otros (2000); Signorello y otros, (2000); Nager y Helliwell (2001) llegaron al consenso de que la incontinencia del esfínter anal es uno de los efectos secundarios de la episiotomía, dado que se identificó que este problema aumenta seis veces en las mujeres que han sido sometidas a una episiotomía. Lo anterior ya había sido comprobado por Gjessing, Backe y Sahlin en 1998, dado que estos

²⁶ Dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito (Signorello y otros, 2000).

investigadores realizaron un estudio observacional con 38 mujeres, para ello se efectuó un seguimiento clínico durante cinco años después del parto, los hallazgos indicaron que 20 de las 38 mujeres presentaron incontinencia de heces líquidas o sólidas, por lo que tuvieron que ser reoperadas.

Por otra parte, Rodrigues (2020) menciona que la episiotomía está asociada a una morbilidad considerable al ser un procedimiento quirúrgico, sus complicaciones incluyen sangrado, dolor y malestar producido por la herida, la sutura y la cicatrización, del mismo modo, se considera que esta práctica “aumenta el riesgo de mortalidad materna por sepsis²⁷ y hemorragia postparto, dos causas habituales de muerte materna en el mundo (Rodrigues, 2020:78).

A pesar de que existen estudios que han demostrado los daños que provoca la episiotomía, este procedimiento obstétrico se continúa realizando de forma rutinaria en diversos países del occidente; Argentina en 1996 reportó que las tasas de episiotomía en primíparas oscilaban en 65.3%, Iberoamérica en 2001 alcanzó tasas de 95%, Guatemala en 2001 mostró tasas de 95%, Portugal en 2010 reportó tasas de 70%, finalmente, Brasil en 2017 alcanzó una tasa de 95% (Rodrigues, 2020).

Por otra parte, en 2010 algunos países del contexto Europeo como Chipre, Polonia y Portugal reportaron tasas de 70%, Valonia, Flandes, República Checa y España alcanzaron tasas de 58%, Gales, Escocia, Finlandia, Estonia, Francia, Suiza, Alemania, Malta, Eslovenia, Luxemburgo, Bruselas, Letonia e Inglaterra mostraron tasas de 36%, las tasas más bajas de episiotomía fueron reportadas por Dinamarca (4.9%), Suecia (6.6) e Islandia (7.2%) (Sadler, Santos, Ruiz, Rojas, Leiva, Skoko, Gillen y Clausen, 2016).

Venezuela fue uno de los países pioneros en adoptar el concepto de violencia obstétrica en sus marcos normativos, esto favoreció para que se efectuaran investigaciones sobre este fenómeno social, Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera en 2015 llevaron a cabo un estudio cuantitativo, con el objetivo de analizar las conductas y prácticas de rutina obstétrica que son normalizadas en las salas de parto, la muestra que utilizaron fue de 160 mujeres que recibieron servicio de obstetricia en el Hospital Central de Maracay, los hallazgos de esta investigación indicaron que la episiotomía en esa institución se realizaba de forma rutinaria, ya que se efectuó en 75% de las mujeres que tuvieron parto por vía vaginal, este acto se consideró violencia obstétrica, ya que este procedimiento se practicó de manera masiva, cifra que superó el porcentaje sugerido por la OMS (10%), para estos autores este acto reflejó abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del parto, aspectos que son considerados violencia obstétrica y que están inscritos en el artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela (Camacaro y otros, 2015).

En Uruguay en 2004, fue llevado a cabo un estudio cuantitativo por Colomar, Belizán, Cafferata, Labandera, Tomasso y Althabe, el objetivo fue identificar el uso de prácticas relacionadas con la atención materna y perinatal en hospitales públicos de este país, la muestra fue de 773 mujeres que asistieron a 12 instituciones a recibir atención obstétrica, los hallazgos indicaron que la episiotomía tuvo una tasa de utilización arriba del 50%, del mismo

²⁷ Es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección (Brooker, 2010).

modo, se detectó que 80% de las episiotomías fueron realizadas en mujeres primerizas, por lo anterior, en este estudio se concluyó que en los hospitales públicos de Uruguay esta práctica obstétrica se empleaba de forma rutinaria, a pesar de que se ha demostrado que es inefectiva e incluso perjudicial para las mujeres.

En el caso de México la investigación de Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal realizada en 2012, identificó que la episiotomía fue una de las maniobras más frecuentes durante la atención del parto, ya que fue realizada en 66.5% de las mujeres de las cuales 53% eran primíparas.

Por otra parte, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2016 realizó un informe sobre la incidencia de la cesárea y la episiotomía, dado que en México son las dos principales intervenciones obstétricas que se realizan de forma rutinaria durante el trabajo de parto; para llevar a cabo este reporte fueron revisados los registros de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud del 2015 que fueron publicados por la dirección General de Información en Salud (DGIS), a través de Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH); los datos indicaron que en este periodo fueron atendidos 642,834 partos vaginales, en donde a 2 de cada 10 mujeres se les realizó episiotomía durante el mismo.

Las entidades con tasas más altas de episiotomía registradas fueron Tamaulipas (45.4%), Guanajuato (44.2%), Zacatecas (40.2%), Baja California (38%), Hidalgo (38%) y Sinaloa (35%); Nuevo León durante ese periodo no se ubicó en los primeros lugares, dado que el porcentaje de realización fue de 18%, sin embargo, este mismo organismo señala que los bajos porcentajes registrados por algunas entidades pueden ser cuestionables, ya que existe un problema de registro del procedimiento debido a que no es obligatorio hacerlo, por lo que los porcentajes de la episiotomía pueden ser superiores a lo que fueron mostrados (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2016).

Como se puede observar la episiotomía es una de las intervenciones obstétricas que se efectúa en México con frecuencia, a pesar de que las evidencias indican que no existe una justificación clara para realizarlas con tal magnitud (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2016). Los hallazgos de las investigaciones científicas poco a poco han desestimado su empleo rutinario, razón por la cual las recomendaciones actuales nacionales e internacionales señalan un uso selectivo de esta práctica, indican las justificaciones médicas para su realización, además de que mencionan los efectos secundarios que puede ocasionar, así como el consentimiento informado que debe existir previamente (Gary, 2015; Rubio-Romero, 2018).

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud en 2019 estableció una serie de recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia positiva, en este documento se señaló que no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal, del mismo modo, refirió que si se realiza esta práctica, es esencial una anestesia local eficaz y el consentimiento fundamentado de la mujer (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Por otra parte, la Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo diseñada por la Secretaría de Salud en 2014, indicó que la episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informado a la paciente, solo

deberá realizarse si existe necesidad clínica, ante un periné corto o rígido, de la misma manera, añade que antes de llevarla a cabo se deberá realizar una analgesia adecuada (Secretaría de Salud, 2014).

Por todo lo revisado con anterioridad, se puede decir que la episiotomía no se justifica como procedimiento de rutina, ya que no existe evidencia confiable para el uso rutinario o de los efectos benéficos en la salud de las mujeres, por lo que esta práctica obstétrica se debe considerar necesaria solo en casos de parto vaginal complicado, desgarros de gravedad y sufrimiento fetal; no obstante, los datos presentados permiten identificar la necesidad de que el sector salud establezca políticas correctivas que eviten que este procedimiento se efectúe de manera rutinaria y sin que exista consentimiento informado.

2.8.9. Uso inadecuado de oxitócicos

Existen diversas hormonas que son empleadas para acelerar el parto, no obstante, algunas tienen contraindicaciones (Brooker, 2010). Por ejemplo, la prostaglandina es una de las hormonas que con frecuencia se utiliza para facilitar el parto, ya que induce el reblandecimiento y la dilatación del cuello uterino, esta puede ser administrada por vía oral o por vía vaginal o intracervical; por otra parte, la hormona dinoprostona utilizada para dilatar el cuello uterino es una de las hormonas contraindicada para emplearse con mujeres que tengan antecedente de asma, glaucoma o infarto del miocardio; del mismo modo, la hormona misoprostol se utiliza por vía oral o vaginal, esta induce el reblandecimiento cervical, su aplicación tiene un menor costo económico, sin embargo, trae consigo reacciones adversas en las mujeres como: hiperestimulación uterina y en ocasiones rotura del útero (Hilal-Dandan y Brunton, 2015).

Por otra parte, la oxitocina es una hormona que con frecuencia es utilizada como un acelerador del parto, ya que estimula las contracciones uterinas, se administra por goteo intravenoso y su aplicación propicia que se contraiga el músculo uterino lo cual facilita la expulsión del producto (Brooker, 2010); actualmente, la oxitocina es utilizada ampliamente, ahora bien, Estados Unidos de América agregó esta hormona a una lista de medicamentos que poseen un riesgo mucho mayor de ser nocivos, ya que puede inducir hipotensión y taquicardia, otros posibles riesgos son el traumatismo de la gestante o el feto por la expulsión forzada a través del cuello dilatado insuficientemente, rotura uterina y disminución de la oxigenación fetal por decremento del riego del útero (Hilal-Dandan y Brunton, 2015).

Brooker (2010) sugiere que la inducción del parto debe indicarse solo cuando existe riesgo (para la mujer o para el feto). Sin embargo, Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015) manifiestan que la aplicación de oxitócicos es empleada como un procedimiento de rutina, ya que su investigación realizada en Venezuela en 2014, evidenció que 88.3% de 160 mujeres les fue suministrada, por lo que estos autores sostienen que este grupo de mujeres fueron expuestas a una situación de riesgo, ya que la aplicación de la hormona puede desarrollar complicaciones, estos autores sugieren que la administración de dicho medicamento debe ser realizado en condiciones estrictamente necesarias y respondiendo a las particularidades de cada caso.

Camacaro y otros (2015) identificaron que al porcentaje de mujeres que se les aplicaron oxitócicos, no se les ofreció consentimiento informado para la administración de la hormona, por lo que de esa forma se violó su derecho a estar informadas sobre los procedimientos que

les son aplicados, además menciona que la aplicación de oxitócicos, al ser de administración endovenosa dificulta la movilidad y conlleva a mantener a las embarazadas en posición acostada durante el trabajo de parto derivándose por ello una serie de complicaciones en el momento del parto (tabla 3).

Tabla 3. Aplicación de oxitócicos para acelerar el parto

Aplicación	Porcentaje
Aplicación de oxitócicos con autorización	16.7%
Aplicación de oxitócicos sin autorización	83.3%

Fuente: Camacaro y otros (2015).

Otro de los hallazgos de Camacaro y otros (2015) fue que a 97.7% de las mujeres entrevistadas se les administraron oxitócicos para acelerar la expulsión de la placenta, además de que fueron sometidas a una limpieza uterina para revisar si había restos de placenta, lo cual trajo consigo en algunos casos lesiones en el endometrio.

Por otra parte, Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, y Dashe (2014) señalan que la inducción del parto en Estados Unidos ha ido en aumento, dado que en 1991 el porcentaje de partos inducidos por medio de oxitocina se situó en 9.5% cifra que ha ido ascendiendo, por lo que en 2011 la tasa se ubicó en 23.2%, del mismo modo, refieren que la incidencia es variable de una institución a otra; en 2013, 35% de los partos del hospital Parkland fueron inducidos, mientras que 20% de los partos ocurridos durante ese mismo periodo en el hospital University of Alabama at Birmingham fueron mediante inducción.

La Organización Mundial de la Salud desde 1996 recomendó que la aplicación de la oxitocina no debe ser una pauta de rutina para acelerar los trabajos de parto, ya que su administración no ha mostrado evidencias que indiquen que tenga algún beneficio en las mujeres o en los fetos, en relación con la revisión uterina para verificar si existen residuos de tejido de placenta, la OMS sugiere examinar la placenta para detectar anomalías, y si las membranas están completas, la exploración o revisión uterina no debe realizarse, ya que no existe evidencia científica que indique que dicho procedimiento sea de utilidad, al contrario puede propiciar riesgos de infecciones o traumatismos mecánicos o incluso shock por dolor.

La Organización Panamericana de la Salud (2019) no recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea), ya que solo son recomendables cuando peligre la salud de la madre o del feto; este mismo organismo, refiere en su recomendación nueve que se deben reducir al mínimo las intervenciones médicas innecesarias, ya que de esta forma se puede mejorar la experiencia materna del parto, del mismo modo, sostiene que antes de considerar cualquier intervención médica, se debe evaluar a las mujeres en las que se sospecha una progresión demasiado lenta del trabajo de parto, esto con la finalidad de descartar la presencia de complicaciones físicas, emocionales y psicológicas en el trabajo de parto.

La Organización Panamericana de la Salud (2019) refiere que a pesar de que existen recomendaciones para no acelerar el trabajo de parto y el nacimiento mediante hormonas, existe prevalencia elevada de esta intervención obstétrica en Países de Ingresos Altos, sin embargo, esta prevalencia varía en los Países de Ingresos Bajos y Medianos, ya que las mujeres de entornos desfavorecidos con frecuencia acuden tarde a los establecimientos de

atención de salud, o dan a luz antes de llegar a ellos o acaban teniendo un parto domiciliario no planificado, lo anterior debido a las dificultades económicas o de transporte.

Finalmente, como se puede observar la aceleración del parto mediante hormonas es un procedimiento médico que solamente debe realizarse en casos de emergencia y previa evaluación integral de las mujeres, dado que como ya se mencionó con anterioridad, no existen evidencias comprobables que indique los beneficios que aporte a la madre o al feto.

2.8.10 Realización rutinaria y sin justificación de la amniotomía

La amniotomía es un procedimiento médico que consiste en la rotura artificial de las membranas fetales para inducir el parto sin demora, para la realización de esta práctica se utiliza un amniótomo instrumento perforador que se emplea para romper la membrana amniótica²⁸ (Brooker, 2010). Silva, Villa y Carvajal (2017) explican que para realizar una amniotomía el profesional realiza un tacto vaginal para identificar el cuello uterino y las membranas con los dedos, también determina que la cabeza del feto este bien posicionada en la pelvis, posteriormente realiza una punción en las membranas con el amniótomo, también conocido como “pico de loro” (lanceta de plástico larga con punta) y finalmente procede a romper las membranas con los dedos.

La rotura artificial de membranas es una práctica que los obstetras han usado ampliamente durante las últimas décadas y que hoy es uno de los procedimientos obstétricos que más se utiliza; la amniotomía como técnica obstétrica fue introducida por primera vez en 1756 en el Hospital Middlesex en Reino Unido, por Thomas Denman médico de Londres, posteriormente, en 1928 el médico J. Kreis adoptó este procedimiento como una técnica que debería practicarse en toda paciente (Ventura y Figueroa, 2008).

Ventura y Figueroa (2008) refieren que la amniotomía de rutina o sistemática se ha empleado en gran parte de hospitales del Perú, del mismo modo, señalan que en este país este procedimiento se realiza en 77% de los partos, no obstante, estos autores han llegado a la conclusión de que la amniotomía practicada sistemáticamente altera la evolución fisiológica del trabajo de parto, por lo que lo asocian con el aumento en el número de partos disfuncionales (parto de riesgo el cual incrementa la muerte materna), finalmente, Ventura y Figueroa (2008) hacen hincapié sobre la necesidad de realizar investigaciones que indaguen los daños verdaderos que puede ocasionar esta práctica médica en el feto y en la madre.

Por otra parte, Silva, Villa y Carvajal (2017) manifiestan que la realización de la amniotomía se propuso como un recurso para disminuir la tasa de cesáreas en América del Norte; sin embargo, este procedimiento ha sido cuestionado por la Organización Mundial de la Salud, por lo que en las últimas décadas esta organización ha planteado estudiar los riesgos de este procedimiento médico.

Caldereyto (2017) señala que es frecuente que la mayoría de los obstetras realicen la amniotomía como rutina al comienzo o durante la evolución del trabajo de parto para acortar la duración del mismo; no obstante, se ha identificado que este procedimiento puede producir alteración en las presiones intrauterinas durante la contracción y propiciar deformación de la cabeza del feto, también se ha demostrado que no existen efectos favorables en el uso de

²⁸ Membrana de la placenta que contiene al feto y al líquido amniótico (Brooker, 2010).

este procedimiento, por lo que se considera que solamente es una invasión más en el cuerpo de la mujer (Rangel da Silva, De Souza Serrano y Moreira Christoffel, 2006). Del mismo modo, Smyth, Markham y Dowswell (2013) indican que la evidencia de que un trabajo de parto más corto sea beneficioso para la madre o el recién nacido es escasa, sino que al contrario existen riesgos importantes como problemas con el cordón umbilical o con la frecuencia cardíaca del recién nacido.

Cunningham, Leveno, Bloom, Spong y Dashe (2014) refieren que es frecuente que los médicos practiquen la amniotomía cuando el trabajo de parto es demasiado lento, también señalan que el American College of Obstetricians and Gynecologists, asociación profesional de médicos especializados en obstetricia y ginecología en Estados Unidos señaló en 2013 que el uso de esta práctica aumenta el riesgo de infección y fiebre materna.

Távora (2003) por su parte indica que la amniotomía solo debe realizarse en aquellos casos de mujeres en donde existe un progreso inadecuado del trabajo de parto. Rangel da Silva, De Souza Serrano y Moreira Christoffel (2006) mencionan que la OMS indica que debe existir una razón válida para realizar esta práctica, ya que se carece de evidencia científica suficiente que sugiera la realización de la misma.

La Organización Mundial de la Salud (2014), sugiere evitar las prácticas que no sean beneficiosas, este organismo en la recomendación cuatro, menciona no realizar la amniotomía de rutina cuando se detecta una progresión lenta del trabajo de parto, ya que aunque esta práctica puede acortar el período dilatante, no existen estudios clínicos importantes que demuestren los beneficios. De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud (2019) en la recomendación 28, señaló que no hay una evidencia clara que indique que los beneficios de la amniotomía sean superiores a los posibles efectos nocivos para la salud de la madre y del feto, de igual forma, recomendó evitar la práctica médica en mujeres que estén infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puesto que esto podría aumentar el riesgo de transmisión perinatal.

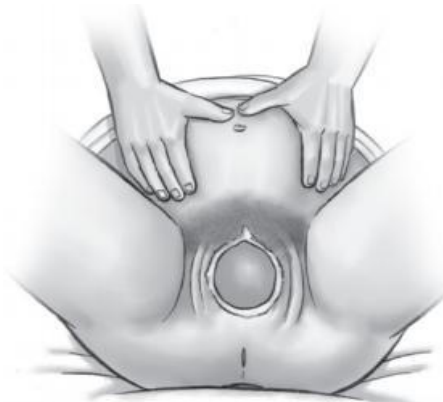
Estas recomendaciones antes señaladas coinciden con la que establece la Guía de Práctica Clínica “vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo” la cual es aplicable al contexto mexicano y que especifica que no se recomienda realizar la amniotomía rutinaria para abreviar el trabajo de parto, finalmente, se puede decir que estas recomendaciones llegan al consenso de que la amniotomía no debe realizarse de forma rutinaria y sistematizada y sin que haya una justificación médica que avale el uso de dicho procedimiento (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

Como se puede observar, existe un debate teórico de la realización de la amniotomía, diversos autores como Caldereyto (2017); Cunningham, Leveno, Bloom, Spong y Dashe (2014); Rangel da Silva, De Souza Serrano y Moreira Christoffel, 2006; Smyth, Markham y Dowswell (2013) señalan los riesgos y efectos adversos que puede ocasionar en la madre y en el feto, sin embargo, es pertinente referir que no se encontraron investigaciones realizadas en el contexto mexicano que aborden este procedimiento y las posibles implicaciones que puede producir, por tal motivo, se considera necesario que se realicen estudios sobre esta práctica médica y su vinculación con la violencia obstétrica, dado que esto servirá para tener un referente teórico y científico del fenómeno.

2.8.11. Realización de la Maniobra Kristeller sin justificación

La maniobra de Kristeller consiste en hacer presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo, este nombre se adoptó en honor a su autor, el médico Samuel Kristeller, quién en 1867, definió a esta práctica como un “nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles” (Díaz, 2011); esta maniobra era considerada un procedimiento para fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, ya que se masajea en útero y se presiona repetidamente en dirección hacia el canal del parto (figura 2), en ese sentido, se creía que esta técnica fortalecía las contracciones uterinas débiles del período expulsivo, sin embargo, en la actualidad se considera una mala práctica obstétrica, inclusive la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda su realización, pero a pesar de esta indicación aún se continúa utilizando (Becerra-Chauca y Failoc-Rojas, 2019; Díaz, 2011).

Figura 2. Maniobra de Kristeller.



Fuente: Díaz, 2011.

Becerra-Chauca y Failoc-Rojas (2019), señalan que existen evidencias que han mostrado que la maniobra trae consecuencias físicas tanto para la madre como en el recién nacido, algunos daños en el caso de las mujeres son desgarros perineales y vaginales, rotura uterina, también se producen efectos a largo plazo como dolor torácico, dispareunia (sensación dolorosa y reiterada durante las relaciones sexuales); hemorragia postparto, fractura de costillas y desprendimiento de placenta (Fletes, Ávila, Hernández, Moncada y Mendoza, 2021). Becerra-Chauca y Failoc-Rojas (2019) añaden que a todo lo anterior se le suma el no pedir el consentimiento informado a las mujeres para realizar esta maniobra, estos autores manifiestan que los médicos violan el principio de no maleficencia, ya que cuando las parturientas piden que se detenga la maniobra por el dolor que sufren, los profesionales de salud hacen caso omiso y continúan realizando la práctica médica.

Entre las complicaciones neonatales se han descrito fracturas, principalmente de clavícula, parálisis de Erb (parálisis del nervio braquial que se produce en los recién nacidos y se caracteriza por debilidad, pérdida de sensibilidad y dificultad para mover el brazo afectado), hemorragia intraocular, taquipnea transitoria (trastorno respiratorio en bebés que aún no llegan a su término), asfixia neonatal y cefalohematomas (acumulación de sangre en el

cráneo y el cuero cabelludo de los recién nacidos) (Becerra-Chauca y Failoc-Rojas, 2019; Fletes y otros, 2021).

Becerra-Chauca y Failoc-Rojas (2019) señalan que se ha reportado que la utilización de la maniobra de Kristeller sigue siendo frecuente en diversos países, en Irán se reportó una prevalencia de uso de 52 %, en Brasil de 36.1 %, y en Egipto de 24.38 %, estos autores manifiestan que aunque existen datos duros de su uso, todavía continua una carencia de evidencias científicas para evaluar esta práctica médica.

Por otra parte, Fletes y otros (2021) manifiestan que en Honduras durante 2016 se empezó a visualizar la necesidad de contar con mecanismos legales que protejan a la madre y a su bebé de prácticas rutinarias dañinas, en este país la maniobra de Kristeller fue considerada como una falla en los estándares de calidad de la atención y falta de responsabilidad de los profesionales de la salud, dado que su realización se ha hecho rutinaria, pero el procedimiento con frecuencia se lleva a cabo de manera diferente a la que describió su autor Samuel Kristeller en 1867.

Lo anterior sirvió para que en 2018 Fletes y otros realizaran un estudio cuantitativo para determinar la frecuencia con la que se realizaba la maniobra de Kristeller en el hospital San Felipe Tegucigalpa, la muestra de estudio fue un total de 376 pacientes, los resultados indicaron que la maniobra fue aplicada en mayor medida en mujeres primigestas, los médicos internos fueron los que la realizaron, otro dato indicó que la práctica se realizó con más frecuencia en partos no supervisados por un médico especialista; las complicaciones maternas fueron desgarro, hemorragia post parto y retención de la placenta, mientras que las afectaciones en el recién nacido fueron CAPUT (hinchazón y magulladuras en el cuero cabelludo), depresión respiratoria e ingreso hospitalario por complicaciones.

En ese mismo orden de ideas, Aranda-Téllez y Yam-Chalé (2020) refieren que en el contexto mexicano son frecuentes las prácticas obstétricas inadecuadas, obsoletas y que son reconocidas como una violación a los derechos humanos, mismas que han sido prohibidas por organismos internacionales, entre estas prácticas se mencionan la cesárea innecesaria, la maniobra de Kristeller y la esterilización sin consentimiento informado.

En México durante el 2021 la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió una recomendación por violación a los derechos humanos a la protección de la salud, a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica, la víctima fue una mujer de 31 años de edad, su situación se describe de la siguiente manera: la parturienta ingresó al hospital ISSSTE en Querétaro para ser atendida, durante la labor de parto se le realizó la amniotomía con el propósito principal de aumentar las contracciones y, por tanto, disminuir la duración del parto, se le suministró oxitocina intravenosa teniendo como efecto contracciones más continuas y dolorosas.

Por otra parte, cuando la mujer fue ingresada a la sala de expulsión le realizaron la maniobra de Kristeller provocándole un dolor desgarrador que propició la ruptura del útero por lo que dejó de percibir las contracciones, se le realizó la episiotomía y posteriormente intentaron sacar el producto con fórceps, sin resultado alguno, finalmente, se logró el nacimiento y el recién nacido ingresó a unidades de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de asfixia, a la madre se le realizó la reparación de la episiotomía e ingresó a la sala de

recuperación con dolor abdominal y desgarro vaginal, los médicos se percataron de que su salud era delicada, entró a quirófano ya que se estaba desangrando por dentro, debido a que tenía el útero abierto, por lo que se le tuvo que extirpar el útero y un ovario, al salir de la operación fue ingresada a terapia intensiva por hemorragia obstétrica, 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) (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2021).

Tres días después los médicos advirtieron que la mujer tenía una bacteria en su cavidad abdominal, por lo que le advirtieron que podría requerir una nueva cirugía, sin embargo, el tratamiento de antibióticos a la que fue sometida dio resultados, por lo que suspendieron la cirugía, el seguimiento al caso indicó que actualmente la mujer continúa con incontinencia urinaria y fecal, secuelas psicológicas por el maltrato y los procedimientos que le realizaron, por otra parte, el recién nacido también tuvo secuelas por lo que requirió terapias de especialistas en neurocirugía pediátrica, mismas que deberá seguir durante 8 años de su vida, además de que tendrá que tomar medicamentos anticonvulsivos para prevenir cualquier afectación en su desarrollo (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2021).

Como se puede observar fueron diversas prácticas médicas a las que fue sometida durante la labor de parto, una de estas fue la realización de la maniobra de Kristeller, misma que la guía de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo establecida por la Secretaría de Salud en 2014 no recomienda utilizar, esto debido a la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, hemorragias, entre otros. Las declaraciones de organizaciones de salud internacionales advierten de la poca información válida sobre el procedimiento por lo que se aconseja discontinuar su uso (Becerra-Cauchá, 2015).

Becerra-Cauchá (2015) también refiere que la maniobra de Kristeller es un procedimiento que no se registra en las historias clínicas de las mujeres, por lo que se podría identificar como una maniobra fantasma, esto debido a la falta de registro en los expedientes de los partos, en ese sentido, por lo anterior se considera necesario que los profesionales de la salud documenten y registren el uso de la maniobra en los partos, por otra parte, esta autora añade que existe una naturalización en su realización, por lo que los profesionales de la salud y los pacientes pueden tomarlo como algo normal dentro de la asistencia del parto; por otra parte, su uso naturalizado carece de protocolos que especifiquen su realización, simplemente se describe como la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, pero la presión aplicada no está cuantificada, por lo que es imposible la precisión de la fuerza con la que se realiza (Fletes y otros, 2021).

Como se puede observar, la maniobra de Kristeller es una práctica médica que no está recomendada, ya que trae consigo diversas afectaciones para la madre y para el feto, la literatura indica la falta de investigaciones que indaguen sobre este tema, los estudios existentes no tienen los suficientes datos para evaluar los daños y afectaciones de este procedimiento obstétrico, por lo anterior, es pertinente que se realicen investigaciones que aborden esta problemática, ya que esto serviría para reflejar de forma objetiva los riesgos y contraindicaciones del uso de esta maniobra.

En síntesis, el desarrollo del presente marco teórico permitió conceptualizar la violencia obstétrica como un fenómeno complejo, multidimensional y estructural, inscrito en dinámicas de desigualdad de género, relaciones asimétricas de poder y prácticas institucionales que inciden directamente en la atención a la salud materna. A partir de la revisión de los principales enfoques teóricos, se ha evidenciado que esta forma de violencia no solo se manifiesta en prácticas concretas durante el embarazo, parto y puerperio, sino que también se sustenta en procesos de normalización y legitimación dentro de los sistemas de salud.

De igual manera, el análisis de la literatura ha puesto de manifiesto la persistencia de desigualdades en el acceso, calidad y trato en los servicios de salud, particularmente entre mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica, lo que permite comprender la violencia obstétrica como un fenómeno atravesado por múltiples ejes de desigualdad. En este sentido, se reconoce la estrecha relación entre la vulneración de derechos humanos, la discriminación estructural y las deficiencias en la provisión de servicios de salud.

Asimismo, se han identificado limitaciones significativas en los marcos normativos, así como en los mecanismos de supervisión, monitoreo y sanción, lo que contribuye a la invisibilización y reproducción de la violencia obstétrica. Aunado a ello, la evidencia empírica revisada muestra la existencia de diferencias sustantivas en la atención obstétrica según el tipo de institución y las condiciones de acceso, así como la presencia de prácticas médicas que, en determinados contextos, se alejan de criterios estrictamente clínicos, evidenciando la influencia de factores institucionales, económicos y culturales.

En este contexto, el marco teórico sustenta conceptualmente la investigación, además de que establece una base sólida para el abordaje empírico del problema, reconociendo la necesidad de generar evidencia que permita dimensionar sus características, alcances e implicaciones.

En consecuencia, el capítulo 3 de esta tesis presenta la estrategia metodológica de la investigación, en la cual se detallan el enfoque, el diseño del estudio, las técnicas de recolección y análisis de datos, así como los criterios éticos que guiaron el desarrollo del estudio sobre la violencia obstétrica.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

Este apartado describe el proceso metodológico de esta investigación, por lo que se explica el enfoque y diseño de la investigación, del mismo modo, se describe la selección de la muestra, la técnica de recolección de los datos que fue utilizada, la operacionalización de las variables, también se presenta la estrategia de muestreo y del levantamiento de datos y las consideraciones éticas que fueron implementadas durante la recolección de los datos, finalmente, se detalla el proceso empleado para el análisis de los datos.

3.1. Enfoque y diseño de la investigación

Teniendo como base los objetivos de este estudio, orientados a analizar las características de la violencia obstétrica experimentada durante el último parto por las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez, ambos pertenecientes al estado de Nuevo León, se optó por desarrollar una investigación con enfoque cuantitativo. Este enfoque permitió obtener información susceptible de ser medida y analizada estadísticamente, favoreciendo la identificación de las principales características y manifestaciones de la violencia obstétrica en la población de estudio.

Por otra parte, la investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas deliberadamente por la investigadora, sino que se observaron y analizaron tal como se presentaron en su contexto natural. En este sentido, se buscó describir la violencia obstétrica a partir de las experiencias reportadas por las mujeres participantes.

Asimismo, se empleó un diseño transversal, dado que la recolección de los datos se realizó en un único momento temporal. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), los diseños transversales permiten obtener información en un tiempo determinado, facilitando tanto la recopilación como el procesamiento y análisis de los datos. Adicionalmente, estos autores señalan que los estudios transversales descriptivos son apropiados cuando se pretende especificar las características, propiedades y manifestaciones de un fenómeno dentro de una población determinada.

De manera complementaria, el estudio tuvo un alcance exploratorio-descriptivo. El componente exploratorio permitió profundizar en el conocimiento de la violencia obstétrica en un contexto específico, mientras que el componente descriptivo posibilitó identificar y caracterizar sus principales manifestaciones, así como explorar la percepción y el nivel de conocimiento que las participantes poseen respecto a esta problemática. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), los estudios exploratorios contribuyen al análisis de fenómenos poco investigados, mientras que los descriptivos permiten detallar sus características y distribución dentro de una población específica.

En consecuencia, el diseño metodológico seleccionado permitió identificar las principales manifestaciones de violencia obstétrica experimentadas por las participantes durante su último parto, así como explorar su percepción y conocimiento sobre este fenómeno. Lo anterior se realizó a partir de las dimensiones de análisis que se presentan en la Figura 3.

Figura 3. Dimensiones del proyecto de investigación.



Fuente. Elaboración propia.

En el siguiente apartado se presenta la descripción de la muestra de estudio, detallando los criterios de selección, las características de la población participante y los elementos metodológicos fundamentales para la comprensión e interpretación de los resultados obtenidos.

3.2. Selección de la muestra

La población objetivo del estudio estuvo conformada por mujeres que acudieron a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez, en Nuevo León.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (2019), en Nuevo León existían 1, 486,349 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), lo que representa 55 % de la población femenina de la entidad. No obstante, al momento de la realización de la investigación se identificó la ausencia de un registro nominal o padrón de mujeres que hubieran tenido un embarazo en los últimos cinco años, que pudiera fungir como marco muestral.

En razón de lo anterior, se optó por un muestreo no probabilístico. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010:175), la característica principal de este tipo de muestras es que la selección de los participantes responde a los propósitos del investigador, por lo que “el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones del investigador”, así como de las circunstancias en las que se desarrolla el estudio.

La selección de las participantes se llevó a cabo mediante un muestreo por conveniencia, considerando criterios de accesibilidad, disposición para colaborar y pertinencia temática. Cada participante fue informada sobre los objetivos del estudio y aceptó voluntariamente formar parte del mismo, otorgando su consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento de recolección de datos.

La delimitación de la población implicó el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión, los cuales orientaron la selección de las mujeres entrevistadas. Estos fueron los siguientes:

- *Criterios de inclusión:* Las entrevistas serán aplicadas únicamente a mujeres en edad fértil que acudan a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca, Nuevo León y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta

Jiménez, que hayan tenido un embarazo en los últimos cinco años y que hubiesen parido un hijo o hija vivo o muerto, a través de parto natural o por cesárea.

- *Criterios de exclusión:* Las entrevistas no serán aplicadas a mujeres que tengan más de cinco años de haber tenido su último embarazo.

En consecuencia, la muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia y estuvo integrada por 75 mujeres que cumplieron con los criterios de selección, de las cuales 45 eran usuarias de la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y 30 del Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez.

Finalmente, se reconoce que los resultados obtenidos no tienen como propósito generalizar el fenómeno de la violencia obstétrica, sino ofrecer un primer acercamiento a las experiencias vividas por las mujeres. En este sentido, los hallazgos constituyen una base preliminar que puede orientar futuras investigaciones encaminadas a visibilizar la realidad que enfrentan las mujeres en la entidad.

3.3. Técnica de levantamiento de datos

En este apartado se describe la técnica que fue utilizada para la recolección de los datos, así como el instrumento que fue clave para poder continuar con el proceso de la investigación. Como primer punto es necesario referir que la encuesta fue la técnica de levantamiento de datos que se empleó en este estudio, Kuznik, Hurtado y Espinal (2010:318), mencionan que la encuesta hoy en día es una de las técnicas más utilizadas en la investigación social, dado que su versatilidad propicia que se puedan describir las características sociales de los grupos estudiados, además de conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los sujetos.

La encuesta se consideró una de las mejores alternativas metodológicas para el levantamiento de datos, en ese sentido, el cuestionario fue el instrumento que se utilizó para la recolección de la información, a través de la aplicación del mismo se logró obtener información cuantitativa de las manifestaciones y experiencias colectivas de las mujeres que han vivido violencia obstétrica.

3.3.1. El cuestionario

Con el propósito de ofrecer una descripción detallada y sistemática del cuestionario empleado para la recolección de datos en la presente investigación, se incorporó el siguiente apartado, en el cual se describen aspectos relacionados con el instrumento.

El instrumento estuvo integrado por 207 reactivos (anexo 1); su extensión obedece a la necesidad de operacionalizar adecuadamente las variables de estudio, considerando la complejidad y multidimensionalidad del fenómeno de la violencia obstétrica. En este sentido, fue diseñado para abarcar de manera exhaustiva las dimensiones definidas en la investigación: características sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos, nivel de conocimiento sobre la violencia obstétrica, tipos de violencia experimentada y percepción de las mujeres frente a este fenómeno (tabla 4).

Cada una de estas dimensiones se desagregó en indicadores específicos, lo que implicó la inclusión de múltiples ítems con el propósito de garantizar una medición precisa y

sistemática. Asimismo, la combinación de preguntas cerradas, abiertas y una escala tipo Likert sirvió para recabar información cuantitativa y cualitativa, favoreciendo una comprensión integral del fenómeno estudiado.

La amplitud del instrumento permitió cubrir diversas situaciones, así como distintos momentos de la atención (embarazo, parto y puerperio) y actores involucrados, lo que contribuyó a incrementar su sensibilidad para detectar variaciones en las experiencias de las participantes.

Cabe referir que a pesar de ser extenso, el tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 25 minutos, lo cual se consideró adecuado para mantener la atención de las participantes y favorecer la calidad de las respuestas. En la siguiente tabla se presentan las dimensiones y variables que integran el instrumento.

Para el diseño del instrumento de recolección de datos se retomaron los principales aportes conceptuales desarrollados en la literatura especializada sobre violencia obstétrica, particularmente los planteamientos de la Secretaría de Salud (2010) en la publicación “Género y Salud en Cifras”; así como la revisión conceptual realizada por Barbosa y Modena (2018) en su obra “La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características”; y, finalmente, lo expuesto por Guerrero, Hernández, Hernández y Aragón (2019) en el artículo “Categorías conceptuales de la violencia obstétrica”. A partir de estos referentes se identificaron las principales dimensiones de la violencia obstétrica, las cuales orientaron la construcción y formulación de los reactivos del instrumento, garantizando su coherencia teórica y su pertinencia analítica desde una perspectiva de género y derechos humanos. Estas dimensiones se presentan en la siguiente tabla.

Cabe señalar que, además de la revisión teórica realizada para la construcción del instrumento, éste fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos. Las observaciones y recomendaciones derivadas de dicha evaluación permitieron fortalecer la calidad metodológica, la claridad y la confiabilidad del instrumento de recolección de datos. Este proceso de validación se describe con mayor detalle en los apartados siguientes.

Tabla 4. Dimensiones y aspectos a medir.

Variables	Definición conceptual	Indicadores
Datos sociodemográficos	Características generales de la muestra encuestada.	Edad, lengua materna, estado civil, nivel educativo, acceso y tipo de seguridad social.
Antecedentes gineco-obstétricos.	Antecedentes de la vida reproductiva de las mujeres, así como del tipo de institución en la que fueron atendidas y la calidad en la atención recibida en el último parto.	Número de embarazos, número de hijos nacidos vivos, número de partos naturales, número de partos por cesárea, número de abortos, tiempo de su último parto, condiciones en las que se dio el último parto (natural o por cesárea), tipo de institución en la que fue atendida durante su último embarazo, tipo de hospital en donde se atendió su control prenatal, tipo de hospital en donde fue atendida en su último parto, nombre del hospital en el que se atendió en el último parto, calidad en la atención recibida en el último parto.
Conocimiento del tema.	Conocimiento que tienen las mujeres sobre el concepto de violencia obstétrica.	Identificación de la violencia y sus formas de agresión. Conocimiento sobre el concepto de violencia obstétrica.
Tipos de violencia experimentada:	Manifestaciones y formas de expresión de la violencia obstétrica.	

Violencia psicológica en la atención obstétrica.	Frases expresadas en el trabajo de parto y que son referidas por personal de salud tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor. Trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, en donde es evidente el maltrato psicológico, el cual se acompaña de humillaciones y maltrato verbal.	Formas de manifestación del maltrato psicológico, momento de la atención obstétrica en la que fue maltratada, quienes fueron las o los maltratadores.
Violencia física en la atención obstétrica.	Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, sin control y mediante la utilización de la fuerza física excedida y sin tomar en cuenta el dolor de las pacientes. Realizados con la finalidad de facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes, pero sin justificación médica.	Formas de manifestación del maltrato físico, momento de la atención obstétrica en la que fue maltratada, quienes fueron las o los maltratadores.
Violencia sexual en la atención obstétrica.	Realización de tocamientos o manipulaciones de los genitales de forma grosera, sin respeto, sin consentimiento de las mujeres y sin justificación médica. Exposición de los genitales de las mujeres sin justificación médica.	Formas de manifestación del maltrato sexual, momento de la atención obstétrica en la que fue maltratada, quienes fueron las o los maltratadores.
Discriminación social en la atención obstétrica.	Rechazo e inadecuada atención médica por motivos culturales, económicos, religiosos, étnicos, de edad, entre otros.	Formas de manifestación de la discriminación social, momento de la atención obstétrica en la que fue maltratada, quienes fueron las o los que la discriminaron.
Negligencia en la atención obstétrica.	Descuido de precauciones y no brindar atenciones calificadas para atender a las mujeres antes, durante y después del parto. Negación a brindar atención médica e inadecuada atención médica.	Formas de manifestación de la negligencia, momento de la atención obstétrica en la que padeció negligencia, quienes brindaron un trato negligente.
Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos en la atención obstétrica.	Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto. Aquí se incluyen las acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer y de los hijos/as y que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos.	Tipo de procedimiento realizado, realización de la cesárea sin estar programada, aspectos que justificaron la realización de la cesárea, complicaciones que aparecieron después la cesárea.
Percepción sobre la violencia obstétrica.	Percepción de las usuarias sobre la violencia obstétrica.	• Percepción sobre la naturalización de la violencia obstétrica, del dolor en el parto, del respeto hacia las mujeres parturientas y a los derechos humanos en la atención obstétrica. • Identificación de la violencia obstétrica y conocimiento sobre la denuncia de la violencia obstétrica. • Opinión sobre el castigo y las sanciones legales para las y los profesionales de la salud que ejercen violencia obstétrica. • Percepción sobre la calidad de los servicios médicos obstétricos. • Opinión sobre los aspectos que son necesarios para mejorar la atención obstétrica y recomendaciones para las mujeres que están embarazadas.

Fuente: Elaboración propia.

3.3.2. Operacionalización de las variables

La preocupación por mostrar la dimensión real de la violencia obstétrica propició el interés para realizar una investigación en la que se hiciera visible la realidad que gira en torno a este fenómeno. Ahora bien, hubo interés por realizar el estudio con mujeres del estado de Nuevo León, ya que durante el año 2019 periodo en el que se inició con este estudio, esta entidad carecía de estudios empíricos que abordaran el fenómeno de la violencia obstétrica.

De este modo, la investigación buscó analizar las características de la violencia obstétrica del último parto que experimentaron las mujeres participantes del estudio. Para dicho propósito, este estudio tomó como referente algunas de las variables de medición que incorporó la ENDIREH en su versión del 2016 y que miden la atención obstétrica.

Los datos que presentó la ENDIREH (2016), mostraron los maltratos obstétricos que experimentaron las mujeres de 15 a 49 años de edad; sin embargo, se considera que mediante ellos no se logra clasificar ni identificar de forma clara los tipos de violencia de la que fueron víctimas. Por lo anterior, esta investigación se realizó con la intención de identificar, y posteriormente mostrar, datos que reflejen la caracterización y clasificación de los tipos de violencia obstétrica que han vivido las mujeres de Nuevo León.

En el caso de la violencia psicológica, la ENDIREH (2016) presentó las siguientes variables: “le gritaron o la regañaron”, “le dijeron cosas ofensivas o humillantes”, pero no reveló de manera específica qué tipo de frases utilizaron los médicos y que fueron consideradas como violencia por las mujeres. En tal sentido, se consideró importante identificar las manifestaciones de esta forma de violencia, así como las frases mencionadas por el personal médico, antes, durante y después del parto y que las mujeres perciben como violencias. El conocimiento de éstas servirá para que las mujeres conozcan e identifiquen las características de la violencia psicológica y de esa forma desnaturalicen sus formas de expresión.

En cuanto a la violencia física, el instrumento de la ENDIREH (2016) anexó la variable “la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta”, pero no especificó qué tipo de posiciones durante la labor obstétrica fueron consideradas por las mujeres como violencia. Por lo que se consideró necesario identificar otras formas de maltrato en las que se puede manifestar la violencia física en la atención obstétrica; por ello, es necesario identificar qué tipo de conductas o eventos caracterizan a esta forma de violencia.

De igual manera, la ENDIREH (2016) reportó datos que revelan dos procedimientos que realizaron los médicos sin pedir el consentimiento de las pacientes: la colocación de métodos anticonceptivos y la esterilización; sin embargo, existen más procedimientos que pueden ser realizados sin consentimiento de las mujeres y que pueden ser una expresión de la violencia, cuando su uso es inadecuado, injustificado y se realiza sin consentimiento informado (Barbosa y Modena, 2018).

Referente a la negligencia médica en la atención obstétrica la ENDIREH (2016) presentó que la “negación para anestesiarlas” fue una variable que reflejó la negligencia médica que experimentaron las mujeres, no obstante, existen otras formas de negligencia que pueden presentarse antes, durante y después del parto (CONAMED, 2016).

Considerando lo expuesto con anterioridad y para efectos del presente estudio, fue necesario definir y operacionalizar las variables de investigación, con el propósito de establecer con claridad qué se pretende medir y cómo se llevó a cabo dicha medición. La operacionalización

constituye un proceso fundamental dentro del diseño metodológico, ya que permite traducir los conceptos teóricos en indicadores observables y medibles, facilitando así el análisis empírico del fenómeno de estudio. En este sentido, se identificó una variable dependiente central, así como variables independientes que, en su conjunto, permiten comprender las condiciones bajo las cuales se manifiesta la violencia obstétrica.

La variable dependiente, violencia obstétrica, fue desagregada en seis dimensiones analíticas: violencia psicológica, física, sexual, discriminación social, negligencia y procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos. Cada dimensión fue medida a través de un conjunto de reactivos específicos que permitieron identificar la presencia o ausencia de conductas constitutivas de violencia mediante respuestas dicotómicas (sí/no). Asimismo, se incorporó una escala tipo Likert para evaluar la percepción de las mujeres respecto al trato recibido y la posible normalización de dichas prácticas.

Por su parte, las variables independientes fueron organizadas en las siguientes dimensiones: características sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos y conocimiento sobre la violencia obstétrica. Estas variables fueron medidas mediante preguntas cerradas de tipo categórico y ordinal, así como, en algunos casos, mediante preguntas abiertas, lo que permitió captar tanto información objetiva como subjetiva de las participantes.

A través de este estudio se buscó realizar un primer acercamiento al fenómeno de la violencia obstétrica, con el propósito de generar evidencia que permita, en futuras investigaciones, diseñar propuestas de intervención orientadas a prevenir esta forma de violencia ejercida contra las mujeres.

3.4. Aplicación de la prueba piloto y mejora del instrumento

Cabe señalar que después del diseño del instrumento para la recolección de los datos, se procedió a su validación, entendiendo por validez al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir (Sampiere, 2014). De esta manera, el instrumento fue enviado vía correo electrónico en marzo del 2023 a tres personas expertas en temas de violencia social, atención a víctimas y violencia contra las mujeres, mismas que en su momento fungían como titulares de las siguientes instituciones:

1. Observatorio Universitario de la Violencia Social del Estado de Campeche.
2. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) Nuevo León.
3. Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca.

La validez de contenido del instrumento se evaluó mediante el juicio de expertos, utilizando una escala tipo Likert de tres puntos, en la cual se valoraron tres criterios fundamentales en cada uno de los ítems: claridad, pertinencia y congruencia teórica.

Cada uno de los reactivos fue calificado por los jueces en una escala de 1 a 3, donde 1 correspondió a “en desacuerdo”, 2 a “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y 3 a “de acuerdo”. Para el cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC), se consideraron como valoraciones favorables aquellas puntuaciones de 3.

El IVC se calculó como la proporción de jueces que calificaron cada ítem con la puntuación máxima respecto al total de evaluadores, lo que permitió identificar el grado de acuerdo entre expertos sobre la adecuación de los reactivos.

Posterior a la validación del instrumento se llevó a cabo la prueba piloto, la cual sirvió para observar el tiempo promedio de cada entrevista y para verificar si el lenguaje utilizado en las preguntas era claro y sencillo (Ribeiro, 1989) y así poder realizar las modificaciones para mejorar el instrumento y así facilitar la recolección de los datos.

La prueba piloto formó parte del proceso de la metodología de investigación, sirvió para tener una aproximación antes de la aplicación real del instrumento y contribuyó a mejorar la validez y confiabilidad de los procedimientos (Ribeiro, 1989), de la misma manera, favoreció la disminución de los posibles sesgos y errores en la obtención de los datos.

En el caso de esta investigación, la prueba piloto fue llevada a cabo durante el mes de mayo del 2023 y se aplicó a 20 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión que fueron propuestos, de esta manera se logró obtener información para realizar mejoras al instrumento y posteriormente realizar la aplicación formal del mismo.

3.5. Consideraciones éticas

En este apartado se presentan las consideraciones éticas que fueron implementadas para el desarrollo de este estudio. Parra y Briceño (2013) manifiestan que la ética se basa principalmente en el consentimiento informado, por lo que es uno de los pilares básicos de la investigación y que inclusive se ha convertido en una norma jurídica. Para López y Deslauriers (2011) la ética es un punto fundamental, ya que no se puede negar la responsabilidad del investigador con relación a las personas que participan en su investigación; por lo que debe comprometerse a la protección del bienestar físico, social y psicológico del informante, salvaguardar su derecho a la vida privada y a su dignidad, además de respetar el contenido de lo que dijo y la manera en la que lo hizo.

Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo (2012) indican que la ética de una investigación debe contemplar tres elementos: consentimiento informado, manejo de la confidencialidad y manejo de riesgos. El consentimiento informado se refiere a que los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes, la confidencialidad se relaciona con los códigos de ética sobre la seguridad y protección de la identidad de las personas participantes de la investigación, finalmente, el manejo de riesgos alude a que el investigador debe utilizar adecuadamente los datos recopilados.

En el caso de este estudio las consideraciones éticas fueron implementadas mediante la entrega de una carta de consentimiento informado, en donde se les explicó a las participantes que la información recopilada sería utilizada para fines académicos, además en este documento se detalló que los datos personales de las participantes serían confidenciales, de esa manera se garantizó la protección de su identidad, en lo relativo sobre el manejo de riesgos se les informó a las participantes que su colaboración en este estudio no les generaría ningún perjuicio o daño, también se les reiteró que los datos obtenidos serían utilizados con fines científicos.

Cabe señalar que la carta de consentimiento informado fue entregada a las participantes antes de iniciar la aplicación del instrumento. Una vez revisado su contenido, las mujeres procedieron a firmarla. A través de este documento se buscó garantizar el cumplimiento de los criterios éticos que toda investigación científica debe considerar.

3.6. Estrategia para el levantamiento de datos

El levantamiento de datos fue prospectivo y transversal y se realizó en las instalaciones de la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y del Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez. La decisión de entrevistar a las mujeres que asisten a solicitar servicios a estas dependencias surgió debido a que se consideró que podrían generarse algunas dificultades para abordar el tema de la violencia obstétrica en los hospitales de salud pública.

Otro de los motivos por los que se decidió realizar el levantamiento de datos en las instalaciones de las dependencias participantes, fue porque se consideró que el tema de la violencia obstétrica es un tema sensible y delicado por lo que se pensó sería complicado que el personal de salud podría estar en desacuerdo con los objetivos de la investigación. De igual manera, se consideró que el trabajo de campo podría presentar mayores dificultades, debido a que al interior de los hospitales no existen espacios adecuados para que las mujeres puedan tener libertad de expresión y compartir su realidad sobre la violencia obstétrica.

Finalmente, el levantamiento de datos en estas instituciones se realizó durante tres meses (junio, julio y agosto) del 2023, el proceso para la aplicación del cuestionario fue el siguiente: el personal especializado que atendía a las mujeres que acudieron a solicitar algún tipo de servicio les preguntaba si tenían hijos o hijas menores de cinco años, si la respuesta era afirmativa, estas mujeres eran canalizadas con la investigadora quien les informaba sobre el estudio y las invitaba a participar en él, si aceptaban formarían parte de la muestra y se daría inicio a la entrevista. De esa manera, fue que se logró llevar a cabo la recopilación de los datos, para posteriormente iniciar el análisis e interpretación de la información recolectada.

3.7. Proceso para el análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V20, el cual permitió llevar a cabo un procesamiento estadístico riguroso y describir las propiedades, características y rasgos del grupo estudiado. Esta herramienta facilitó la aplicación de estadística descriptiva, indispensable para la organización, análisis e interpretación de los datos obtenidos. Asimismo, con el propósito de ofrecer una representación visual más clara de los hallazgos, se emplearon diversas técnicas de visualización, entre ellas gráficas de pastel, barras e histogramas.

Las tablas de contingencia permitieron organizar y visualizar la distribución de frecuencias entre las variables analizadas, facilitando la comparación de categorías y la identificación de patrones de comportamiento entre las participantes.

Adicionalmente, las respuestas obtenidas mediante las preguntas abiertas fueron analizadas a través de un proceso de categorización temática, técnica metodológica utilizada para organizar, clasificar e interpretar información cualitativa a partir de la identificación de temas recurrentes dentro de los discursos de las participantes. Este procedimiento permitió identificar experiencias y percepciones relacionadas con la atención obstétrica recibida.

Para ello, las respuestas fueron revisadas y sistematizadas de acuerdo con categorías analíticas construidas a partir de las dimensiones del estudio y de los referentes teóricos sobre violencia obstétrica. La utilización de esta estrategia metodológica permitió ordenar la

información cualitativa de manera coherente y facilitar su interpretación en función de los objetivos de la investigación.

La captura de datos se llevó a cabo durante el mes de septiembre de 2023, mientras que el análisis estadístico se desarrolló de octubre de 2023 a marzo de 2024. A través de este proceso analítico se buscó dar respuesta a los objetivos planteados y generar una comprensión más profunda del fenómeno de estudio.

En síntesis, el presente capítulo permitió establecer de manera sistemática el diseño metodológico que orientó la investigación desde un enfoque cuantitativo, caracterizado por la medición objetiva de las variables y el análisis estadístico de los datos. Se definió el tipo y alcance del estudio, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de información, procurando en todo momento su validez y confiabilidad. De igual forma, se describieron los procedimientos de análisis estadístico que sustentan la interpretación de los datos, junto con los criterios éticos que garantizaron el manejo responsable de la información.

Bajo esta lógica, la metodología implementada proporcionó una base sólida para la obtención de resultados confiables y consistentes con los objetivos del estudio. En consecuencia, en el capítulo siguiente se presentan los resultados derivados del análisis estadístico de la información recabada, los cuales permitieron dar respuesta a las preguntas de investigación, aportando evidencia empírica sobre el fenómeno analizado.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados provenientes de 75 cuestionarios aplicados a mujeres usuarias de la Secretaría de las Mujeres de Municipio de Apodaca y del Instituto de la Mujer del Municipio de Cadereyta, ambas dependencias ubicadas en dos municipios que forman parte del estado de Nuevo León.

El procedimiento para la recolección de datos se resalta a continuación:

Tipo de levantamiento	Se aplicaron 75 cuestionarios.
Unidades de observación	Mujeres que hayan tenido un embarazo en los últimos cinco años.
Modo de recolección	Cuestionario.
Cobertura geográfica	Área Metropolitana de Monterrey (AMM).
Periodo de levantamiento	De junio-agosto de 2023.

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Descripción de la muestra a través de los datos sociodemográficos

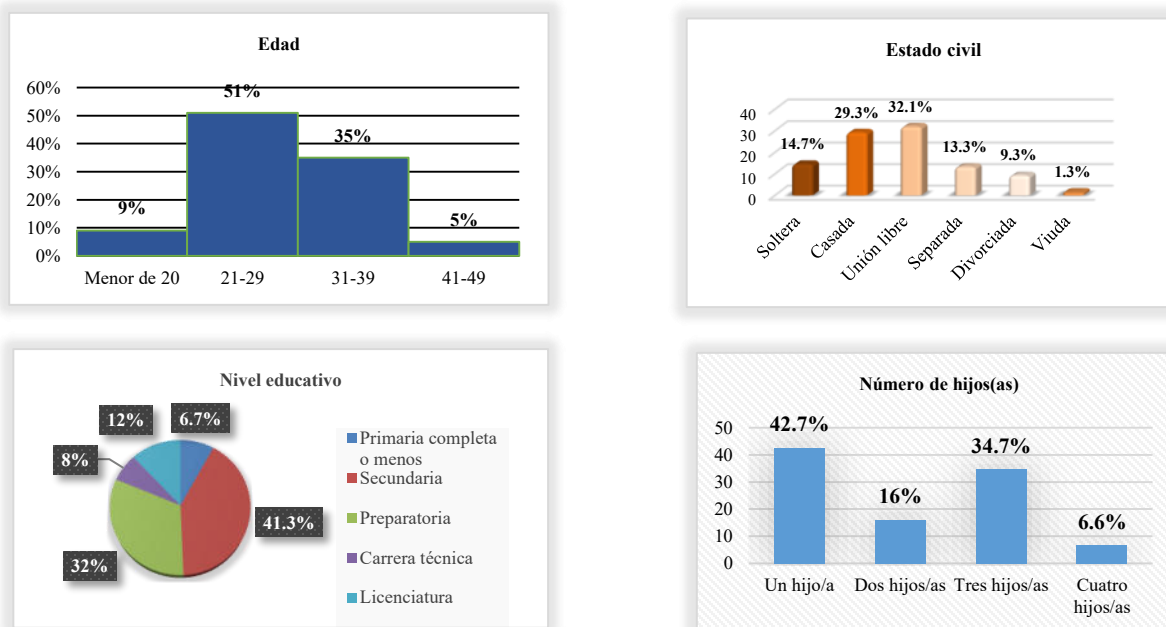
A continuación, se presentan las principales características observadas en el grupo de mujeres participantes del estudio. Las características sociodemográficas de estas mujeres se encuentran: la edad, estado civil, nacionalidad, lugar de origen, municipio de residencia, nivel educativo, ocupación y número de hijos(as). A través de estos datos se logró obtener un perfil general de las mujeres que fueron encuestadas.

El promedio de edad de las participantes del estudio fue de 29 años, con una DE=6.8 años, fluctuando el porcentaje mayor (51%) entre los 21 y 29 años. En cuanto al número de hijos nacidos vivos, el promedio fue de 2 hijos, se observó que 32 mujeres (42.7%) de la muestra manifestaron tener un hijo/a, 26 participantes (34.7%) tres hijos/as; 12 mujeres (16%) dos hijos/as y 5 participantes (6.6%) cuatro hijos/as. Así mismo, 59 mujeres del total de la muestra (78.6%) mencionaron que sus hijos eran del mismo padre (gráfica 4).

Respecto a la nacionalidad, se identificó que las 75 mujeres participantes (100%) eran mexicanas. Asimismo, solo una participante indicó hablar alguna lengua indígena. En relación con el estado civil, predominó la unión libre, reportada por 24 mujeres (32.1%), mientras que 22 participantes (29.3%) refirieron estar casadas al momento de la encuesta.

En cuanto a la ocupación, se observó que 36 mujeres (48%) contaban con trabajo remunerado, mientras que 39 (52%) se dedicaban a las actividades del hogar. Respecto al nivel educativo, se encontró que 31 mujeres (41.3%) habían cursado la secundaria, en tanto que 24 participantes (32%) reportaron haber estudiado la preparatoria (gráfica 4).

Gráfica 4. Información sociodemográfica de las mujeres participantes.



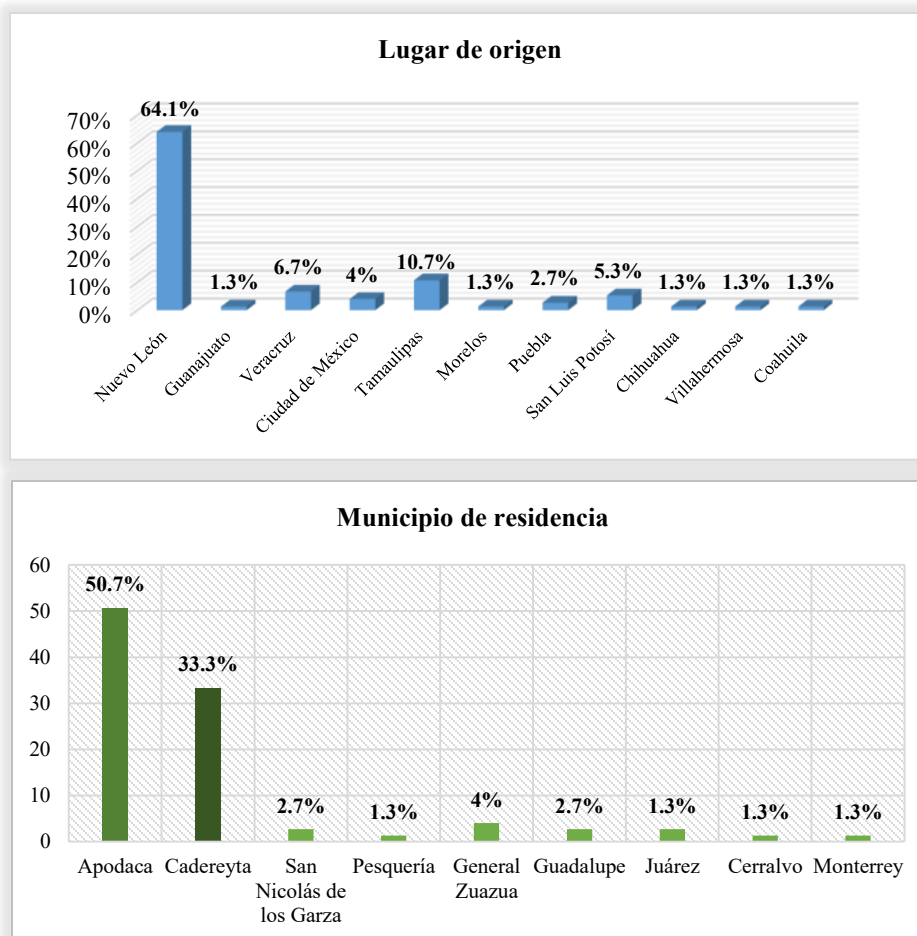
Fuente: Elaboración propia.

Históricamente, Nuevo León ha sido un estado atractivo para la migración tanto nacional como extranjera, lo cual podría atribuirse a su crecimiento económico en diversos sectores. En cuanto al lugar de origen, se observó que la muestra estuvo conformada por mujeres provenientes de distintos estados de la República Mexicana; sin embargo, destacó la participación de 48 mujeres (64.1%) nacidas en Nuevo León, seguida de 8 (10.7%) originarias de Tamaulipas y 5 participantes (6.7%) de Veracruz (gráfica 5).

Respecto al municipio de residencia de las mujeres al momento de la aplicación de la encuesta, se registró que 38 participantes (50.7%) radicaban en Apodaca, mientras que 25 (33.3%) vivían en Cadereyta Jiménez. La mayor concentración en estos municipios puede atribuirse a que las dependencias donde se realizaron las encuestas se ubicaban en dichas localidades, por lo que la atención se focaliza principalmente en las mujeres que ahí residen.

No obstante, dado que la atención de la violencia contra la mujer es prioritaria, ambas instituciones brindan servicios a mujeres provenientes de otros municipios de la entidad. En este sentido, se identificó que 3 participantes (4%) residían en General Zuazua; 2 (2.7%) en San Nicolás de los Garza, Guadalupe y Juárez, respectivamente; y 1 (1.3%) en Pesquería, Cerralvo y Monterrey (gráfica 5).

Gráfica 5. Lugar de origen y municipio de residencia de las mujeres participantes.



Fuente: Elaboración propia.

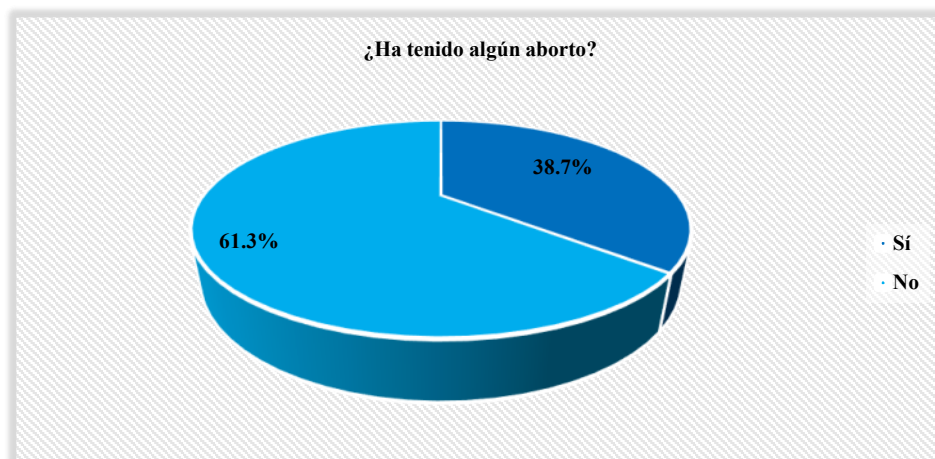
Los datos sociodemográficos en este estudio sirvieron para tener un panorama general de las características sociales de este grupo de mujeres. En relación al tema de este trabajo de investigación resulta de interés conocer los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres encuestadas, por lo que a continuación se agrega un apartado sobre las características relacionadas con esta temática.

4.2. Antecedentes gineco-obstétricos

En esta sección se describe el perfil reproductivo de las mujeres participantes del estudio, en donde se muestran hallazgos relacionados con la vida reproductiva de las mujeres, por lo que se resalta información sobre el tipo de parto que tuvieron (natural o cesárea), años transcurridos desde su último parto, número de abortos, edad que tenían cuando experimentaron su primer y último parto, tipo de institución en donde atendieron su control prenatal y su último parto, así mismo se agregan percepciones sobre la atención que recibieron en su último parto.

Referente al aborto se identificó que 29 mujeres (38.7%) del total de la muestra reportaron haber tenido un aborto a lo largo de su vida reproductiva. Existen dos tipos de abortos, los espontáneos que ocurren cuando la pérdida del producto se produce por causas no intencionales y los inducidos que consiste en interrumpir voluntariamente el embarazo, bajo este contexto en este estudio se detectó que del total de la muestra que refirió haber tenido algún aborto, 21 mujeres indicaron que fue aborto espontáneo, 5 participantes indicaron que fue por otra causa (refieren aspectos de gravedad en su salud), mientras que 3 relataron que el aborto fue inducido, sin especificar la razón o el motivo.

Gráfica 6. Datos sobre la vida reproductiva de las mujeres participantes.

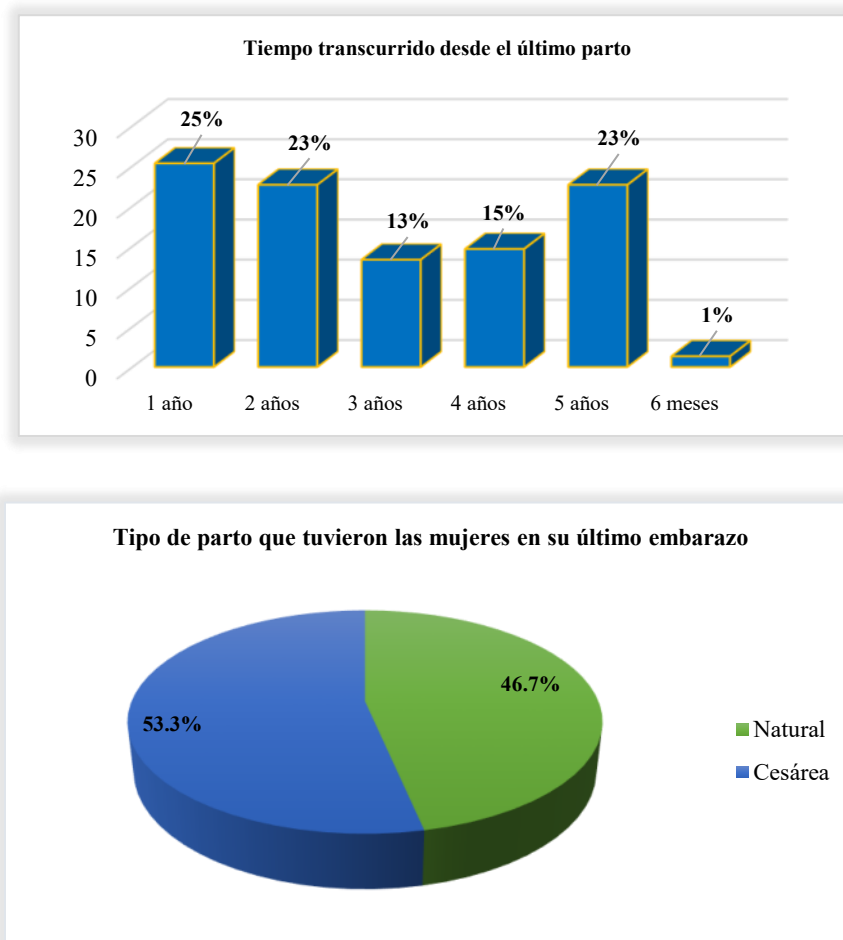


Fuente: Elaboración propia.

Uno de los principales criterios de inclusión en este estudio fue que las participantes hubiesen tenido un embarazo en los últimos cinco años, los datos arrojaron que el promedio transcurrido de su último parto fue de 3 años, con una DE=1.5 años. La edad promedio al momento del primer parto entre las mujeres participantes fue de 22 años, con una DE=5.0 años, con un rango que osciló entre los 15 y los 35 años. En cuanto al último parto registrado, la edad promedio fue de 26 años.

La cesárea fue el procedimiento médico más frecuente durante la atención del último parto de las mujeres participantes en este estudio. Este hallazgo es relevante, ya que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la proporción ideal de cesáreas debería situarse entre el 10% y el 15% del total de los partos. En contraste, en la presente investigación, 40 mujeres (53.3%) señalaron que su último parto fue atendido mediante cesárea, lo que sugiere una proporción superior a la recomendada por dicho organismo (gráfica 7).

Gráfica 7. Características del último parto de las mujeres participantes.



Fuente: Elaboración propia.

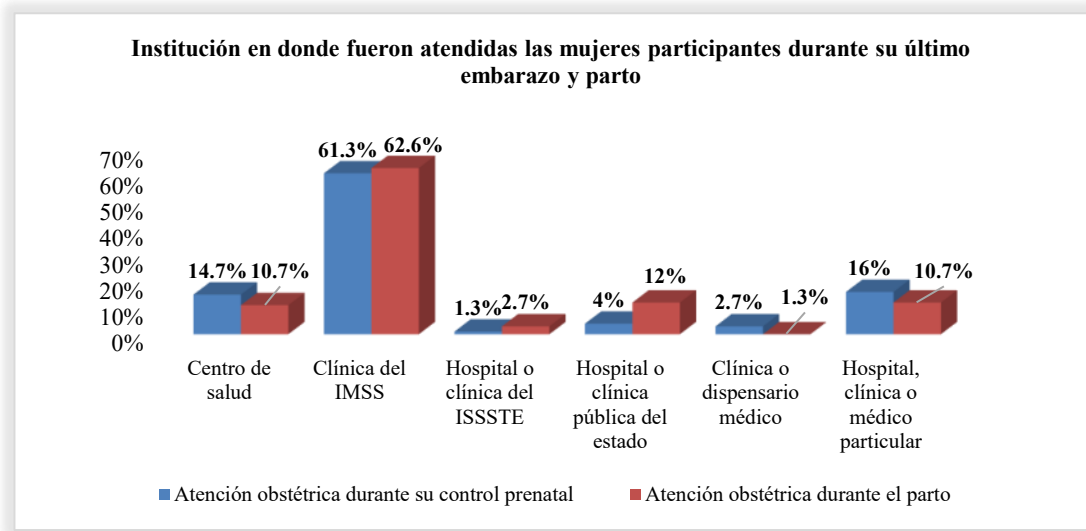
En lo que concierne al tipo de seguridad social con el que contaban las mujeres al momento de la aplicación de la encuesta, se identificó que 48 participantes (64%) contaban con IMSS. Por otra parte, 20 mujeres (26.7%) refirieron no contar con ningún tipo de seguridad social, 4 participantes (5.3%) señalaron contar con algún tipo de seguridad social sin especificarlo, mientras que 3 mujeres (4%) indicaron contar con ISSSTE.

En relación con el control prenatal, se encontró que 46 mujeres (61.3 %) lo realizaron en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por su parte, la atención obstétrica durante el último parto también fue brindada en hospitales y clínicas del IMSS, según lo manifestado por 47 mujeres (62.6 %) de la muestra (gráfica 8).

Estos datos adquieren relevancia si se consideran los resultados de la ENDIREH (2021) aplicada en Nuevo León, la cual reportó que 45.6 % de las mujeres encuestadas experimentaron algún tipo de maltrato obstétrico en hospitales o clínicas del IMSS. Esta tendencia coincide con lo señalado por Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez (2015), quienes advierten una alta incidencia de maltratos en la atención obstétrica dentro estas

instituciones de salud pública. Los autores sostienen que el bajo costo de los servicios financiados por el Estado guarda una relación directa con la deficiente calidad de la atención, y agregan que un porcentaje significativo de las muertes maternas está vinculado a causas atribuibles a la precariedad en los servicios obstétricos ofrecidos en hospitales públicos.

Gráfica 8. Tipo de institución en donde las mujeres participantes fueron atendidas en su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Referente a la percepción de las mujeres del estudio sobre la atención recibida durante su último parto, se encontró que 12% consideró que la atención fue excelente, 29% afirmó que la atención fue buena, mientras que 59% mencionó que la atención fue regular o mala, los motivos por los cuales estas mujeres percibieron que no recibieron una buena atención están reflejados en la tabla de contingencia (tabla 5), en la cual se detallan los aspectos o causas que contribuyeron a esa percepción negativa.

Tabla 5. Tabla de contingencia relación entre percepción de la atención obstétrica y motivos atribuidos al maltrato.

		Después de haber respondido lo anterior, porque considera que la atención fue de esa manera:				Total
		Porque me trataron mal	Porque se tardaron mucho tiempo en atenderme	Porque no me hacían caso	Por malos procedimientos	
Durante su último parto ¿Cómo considera que la atención que recibió fue?	Regular	23.5%	52.9%	20.6%	3%	100.0%
	Mala	30.0%	40.0%	30.0%	0.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

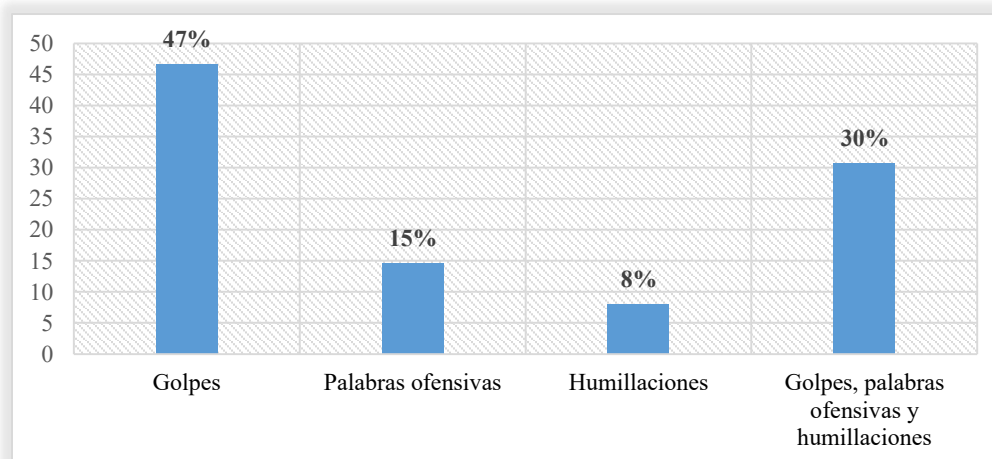
Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, se obtuvo un valor de Chi cuadrado de Pearson de 48.051, con una significación (p-valor) de 0.000, inferior al umbral establecido de $\alpha = 0.05$. Este resultado indica una asociación estadísticamente significativa entre la percepción del trato recibido y la valoración de la atención obstétrica por parte de las mujeres participantes. Lo anterior sugiere que aspectos como la calidad del trato y la oportunidad en la atención podrían influir directamente en el nivel de satisfacción de las usuarias, lo que refuerza la necesidad de mejorar estos componentes en los servicios de salud.

4.3. Conocimiento y desconocimiento de la violencia obstétrica entre las participantes

En este apartado se expone el conocimiento que las mujeres participantes tenían sobre las manifestaciones de la violencia y el concepto de violencia obstétrica. La información recopilada permitió identificar el nivel de conocimiento o desconocimiento que poseen sobre el tema, y a partir de ello establecer las bases para proponer mecanismos orientados a visibilizar y desnaturalizar esta forma de violencia.

En este sentido, se identificó que 93.3% del total de la muestra manifestó reconocer las diferentes formas en que puede presentarse la violencia. De este grupo de mujeres, 47% señaló los golpes como una acción violenta, mientras que 30% consideró que tanto los golpes como las palabras ofensivas y las humillaciones constituyen actos de violencia (gráfica 9). Como se observa, las humillaciones y las expresiones ofensivas fueron las conductas que en menor medida se identificaron como manifestaciones de violencia. Esto podría explicarse por el hecho de que la violencia psicológica es uno de los tipos de violencia más naturalizados. No obstante, los datos obtenidos evidencian que la violencia física, particularmente los golpes, es la forma de violencia que las mujeres identifican con mayor claridad.

Gráfica 9. Tipo de acciones que las mujeres participantes consideraron actos de violencia.



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el concepto de violencia obstétrica, se identificó que 70% del total de la muestra manifestó desconocer esta forma de violencia. Ante este resultado, se incorporó en el instrumento de recolección de datos una pregunta abierta, con el propósito de que las

participantes pudieran expresar, con sus propias palabras, el conocimiento que poseían sobre la violencia obstétrica. A partir de sus respuestas, se recopiló un conjunto de expresiones y descripciones que reflejan la terminología empleada por las mujeres para referirse a esta forma de violencia, mismas que se agruparon de la siguiente manera:

1. Percepción de la atención obstétrica

Estas expresiones reflejan una valoración general de la atención recibida, sin especificar el tipo de maltrato:

- Cuando los médicos no dan buena atención
- Cuando no se da la atención debida
- La mala atención durante el embarazo
- Que te traten mal en la clínica
- Violencia realizada por las instituciones de salud

2. Trato irrespetuoso

Aquí se agrupan expresiones que aluden a formas de violencia simbólica, verbal o discriminatoria:

- Cuando te discriminan
- Cuando te tratan mal
- El maltrato por parte del área médica
- El maltrato por personal del área de salud
- Palabras ofensivas de los médicos
- Que los doctores te traten mal
- Sufrir maltrato o humillaciones durante la atención en el embarazo

3. Demora en la atención

Estas expresiones hacen referencia a tiempos prolongados o negligencia en el acceso a la atención:

- Negar la atención y un trato digno
- La negligencia de los médicos

4. Falta de respuesta del personal

Aquí se incluyen frases que denotan omisión, indiferencia o falta de escucha activa:

- Cuando no te ayudan o no te hacen caso

5. Procedimientos médicos inadecuados o sin consentimiento

Estas expresiones aluden a prácticas médicas realizadas sin consentimiento o con afectación física:

- Algún maltrato en el momento de la revisión
- Cuando los médicos maltratan en el parto y hacen malos procedimientos sin consentimiento
- Cuando no te atienden bien estando embarazada
- Cuando se toman decisiones sin consentimiento de la mujer

- Relacionada con el cuerpo
- Violencia en el momento del parto
- Violencia por los médicos durante el embarazo

La no identificación de la violencia obstétrica fue uno de los aspectos analizados en el presente estudio. En la Tabla 6 se presenta la distribución del conocimiento sobre este tipo de violencia según el nivel educativo de las mujeres participantes. Los resultados muestran una tendencia general: a mayor escolaridad, menor desconocimiento del término. No obstante, se identificó que incluso entre las mujeres con estudios universitarios persiste un nivel considerable de desconocimiento.

En el grupo con “Primaria completa o menos”, únicamente 16.7 % manifestó conocer qué es la violencia obstétrica, mientras que 83.3 % indicó no tener conocimiento al respecto. Por otro lado, entre las participantes con “Licenciatura”, 55.6 % reconoció el término, pero 44.4 % aún reportó desconocimiento. Esta tendencia apunta a la necesidad de implementar estrategias de sensibilización y formación en salud sexual y reproductiva que trasciendan el nivel educativo, incorporando enfoques comunitarios, institucionales y mediáticos que contribuyan a desnaturalizar prácticas violentas en la atención obstétrica.

Tabla 6. Tabla de contingencia nivel educativo y conocimiento sobre la violencia obstétrica

		¿Sabe usted que es la violencia obstétrica?		Total
		Sí	No	
Nivel educativo	Primaria completa o menos	16.7%	83.3%	100.0%
	Secundaria	22.6%	77.4%	100.0%
	Preparatoria	33.3%	66.7%	100.0%
	Carrera técnica	40.0%	60.0%	100.0%
	Licenciatura	55.6%	44.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En suma, los hallazgos acerca del conocimiento y desconocimiento de la violencia obstétrica entre las participantes, confirman que el desconocimiento sobre la violencia obstétrica persiste como una barrera estructural para su identificación y denuncia. Tal como lo señalan Tobar et al. (2019) y Salgado y Díaz (2017), la falta de información sobre los derechos sexuales y reproductivos contribuye a que muchas mujeres normalicen prácticas médicas autoritarias y no reconozcan las formas de maltrato que enfrentan durante la atención obstétrica. Esta invisibilización se mantiene incluso entre mujeres con niveles educativos superiores, lo que evidencia que el acceso a la educación formal no garantiza el conocimiento sobre esta problemática.

Por ello, se reafirma la necesidad de implementar estrategias de sensibilización y formación en salud sexual y reproductiva que trasciendan el nivel educativo, incorporando enfoques comunitarios, institucionales y mediáticos. Estas acciones deben orientarse a visibilizar, problematizar y desnaturalizar las prácticas violentas en los servicios de salud, fortaleciendo el ejercicio informado de los derechos reproductivos de las mujeres.

4.4. Violencia psicológica en la atención obstétrica

En este apartado se presentan los hallazgos que permiten caracterizar la violencia psicológica en la atención obstétrica. Cabe señalar que este tipo de violencia fue la más reportada por las mujeres participantes, ya que 27% de la muestra manifestó haber experimentado al menos un evento de maltrato psicológico durante la atención obstétrica de su último parto.

Asimismo, se identificaron casos de mujeres que experimentaron entre uno y doce tipos distintos de maltrato psicológico durante la atención obstétrica en su último parto. Esta variabilidad evidencia la multiplicidad de formas en que se manifiesta la violencia psicológica en los servicios de salud (tabla 7).

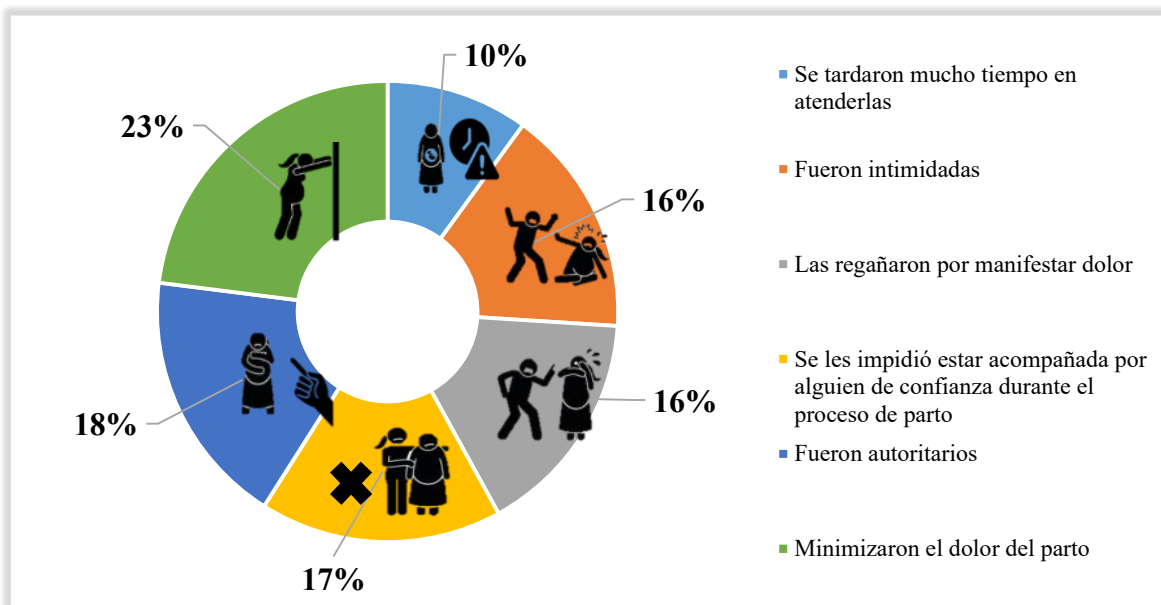
Tabla 7. Número de maltratos psicológicos experimentados por las mujeres durante la atención obstétrica en su último parto.

Número de maltratos psicológicos experimentados	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	7	12%	12%
2	11	19%	31%
3	7	12%	42%
4	7	12%	54%
5	3	5%	59%
6	6	10%	69%
7	6	10%	80%
8	1	2%	81%
9	6	10%	92%
10	2	3%	95%
11	1	2%	97%
12	2	3%	100%
Total	59	100%	

Fuente: Elaboración propia.

Los datos muestran que los maltratos psicológicos más frecuentes fueron: la minimización del dolor del parto (23%), el autoritarismo médico (17%), la prohibición del acompañamiento (17%), los regaños (16%), las intimidaciones (16%) y la tardanza en la atención (11%) (gráfica 10).

Gráfica 10. Principales formas de maltratos psicológicos que fueron experimentados por las mujeres participantes durante su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Desde una perspectiva de derechos humanos, estas prácticas constituyen formas de vulneración directa del derecho de las mujeres a recibir una atención digna, respetuosa y libre de violencia, tal como lo establecen instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará).

En el marco de los derechos humanos, el parto debe ser entendido no sólo como un proceso biológico, sino como un momento en el que se deben garantizar los derechos a la autonomía, la integridad personal, la igualdad y la no discriminación. La minimización del dolor, los regaños y las intimidaciones vulneran la dignidad humana, principio fundamental reconocido en tratados internacionales y nacionales; dichas prácticas se traducen en la normalización del sufrimiento femenino y en la expectativa sociocultural de que las mujeres deben tolerar dolor, obediencia y sumisión durante el parto (Castro, 2014).

Asimismo, la prohibición del acompañamiento durante el parto constituye una forma de violencia institucional, puesto que impide el ejercicio del derecho a recibir apoyo emocional y obstaculiza la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) reconoce que negar acompañamiento en el parto vulnera el derecho a la privacidad, a la participación y a la autonomía reproductiva. Desde un enfoque de derechos, cualquier restricción de acompañamiento sin razones clínicas justificadas se considera una medida arbitraria.

El autoritarismo médico y la tardanza injustificada en la atención también pueden ser analizados como violaciones al derecho a la salud reproductiva, particularmente al componente de calidad que exige que la atención sea oportuna, adecuada y respetuosa.

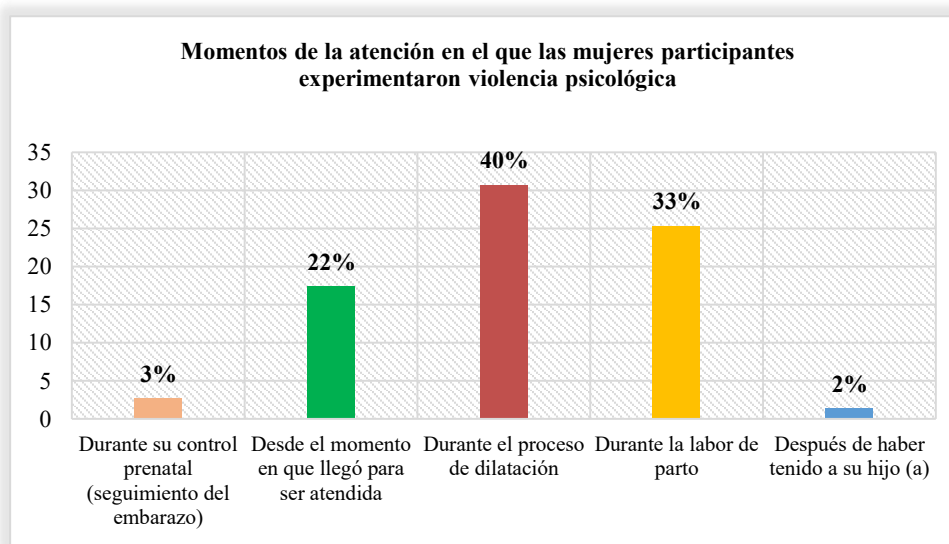
Los maltratos psicológicos que experimentaron las mujeres, tal y como lo señalan Barbosa y Modena (2018) se manifestaron a través de actos o frases expresadas que reflejan un discurso autoritario y hostil, el cual se ejerce cuando la mujer muestra dolor o temor en el proceso de parto.

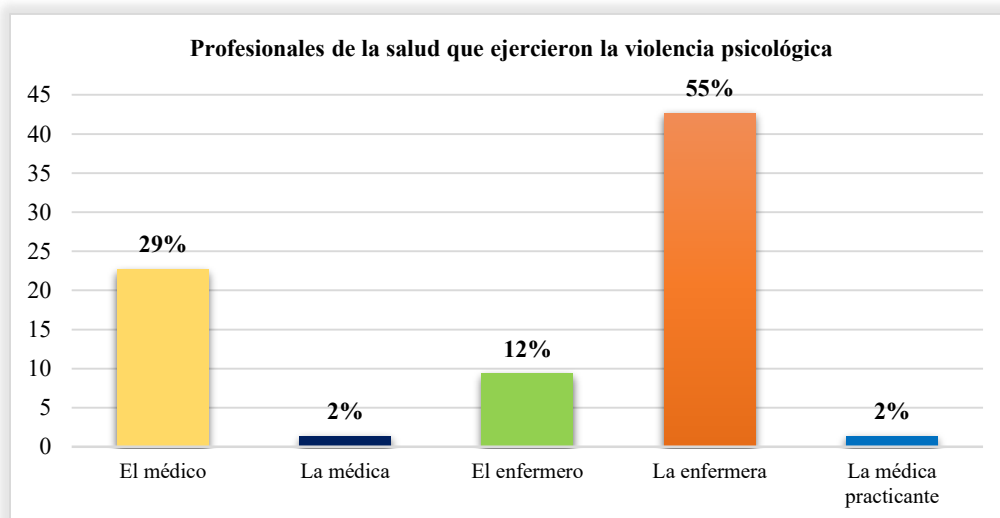
Otro hallazgo relevante se obtuvo al preguntar a las participantes si identificaban otros comentarios o formas de maltrato psicológico recibidos por parte del personal de salud durante la atención obstétrica. En este sentido, 13% de la muestra manifestó haber identificado otras expresiones de maltrato psicológico durante su último parto.

Fue durante la labor de parto y el proceso de dilatación los momentos de la atención en donde en mayor medida las mujeres experimentaron la violencia psicológica (gráfica 11), estos datos cobran relevancia, si se considera lo expresado por autores como Da-Silva y Santana, (2017), quienes afirman que el dolor de las mujeres parturientas suele generar en los profesionales de la salud actitudes y manifestaciones verbales de enojo, mismas que se traducen en violencia obstétrica.

En el caso de la violencia psicológica en la atención obstétrica se detectó que quienes realizaron los maltratos psicológicos fueron principalmente la enfermera (55%) y el médico (29%) (gráfica 11), estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Pereira, Domínguez y Toro (2015), quienes realizaron un estudio cuantitativo en Venezuela, en donde se identificó que la violencia verbal fue ejercida principalmente por la enfermera y el médico obstetra.

Gráfica 11. Características de la violencia psicológica experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.





Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar 55% de las mujeres encuestadas señalaron haber sido maltratadas por profesionales de la salud de género femenino (gráfica 12), esto permite observar que la violencia en el ámbito institucional puede ser ejercida tanto por hombres como por mujeres, dicho hallazgo permite considerar que al momento de establecer mecanismos para la prevención del maltrato obstétrico estos deben abarcar a todo el personal que labora en estas instituciones, dado que ambos géneros pueden en un momento dado llegar a ejercer violencia psicológica durante la atención obstétrica.

En conclusión, los resultados de este estudio evidencian fallas estructurales del sistema de salud que dificultan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Desde un enfoque de derechos humanos, estas prácticas no son solamente “malos tratos”, sino violaciones que obligan al Estado a actuar mediante la prevención, la sanción y la reparación integral.

4.5. Violencia física en la atención obstétrica

Este apartado presenta los hallazgos relacionados con la violencia física ejercida durante la atención obstétrica. Los resultados revelan que 24 % de las mujeres participantes manifestó haber experimentado al menos una forma de maltrato físico durante su último parto.

El análisis de frecuencias permitió identificar que las mujeres reportaron entre una y ocho formas distintas de maltrato físico (tabla 8). Esta variabilidad refleja la multiplicidad de prácticas que vulneran la integridad corporal de las usuarias en el contexto obstétrico.

Tabla 8. Número de maltratos físicos experimentados por las mujeres durante la atención obstétrica en su último parto.

Número de maltratos físicos experimentados	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	11	22%	22%
2	10	20%	41%

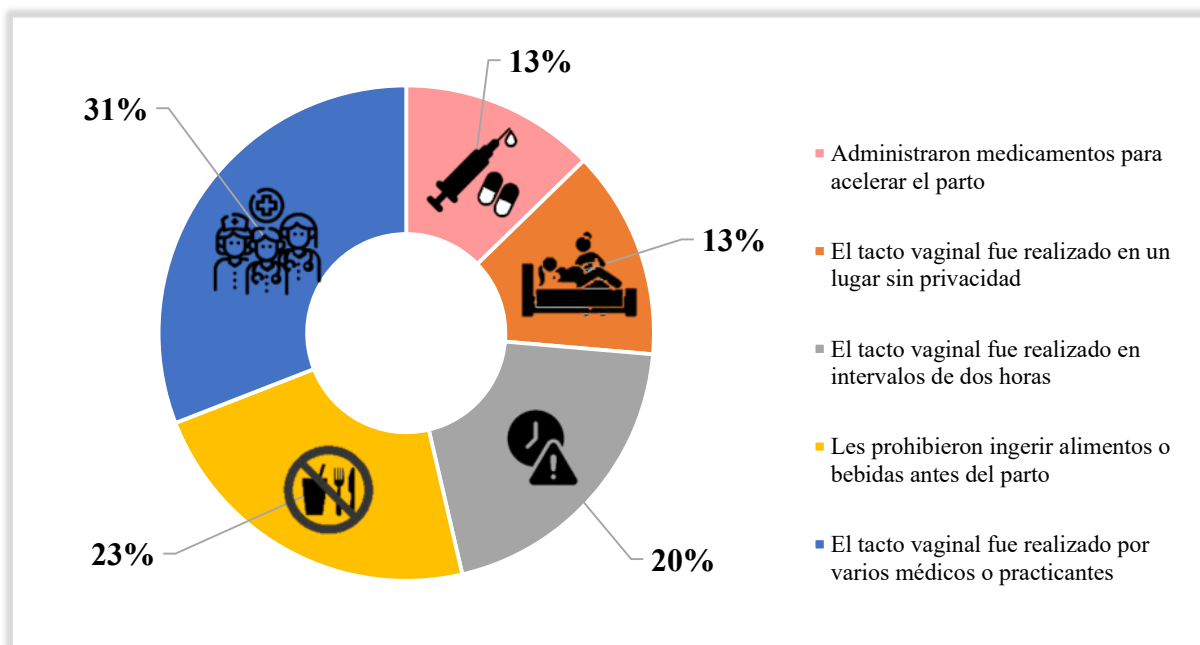
3	7	14%	55%
4	7	14%	69%
5	6	12%	80%
6	6	12%	92%
8	4	8%	100%
Total	51	100%	

Fuente: Elaboración propia.

Entre las formas de violencia física con mayor prevalencia se encontró: el tacto vaginal realizado por varios médicos o practicantes (31 %), la prohibición de ingerir alimentos antes del parto (23 %), la realización del tacto vaginal en intervalos de dos horas (20 %), la realización del tacto vaginal en espacios sin privacidad (13 %), y la administración de medicamentos para acelerar el parto (13 %) (gráfica 12).

Con base en la distribución de frecuencias, se estimó que el número promedio de maltratos físicos experimentados por las mujeres fue de 3.69, con una desviación estándar de 1.91. Al calcular el intervalo de confianza del 95 %, se obtuvo un rango de 3.17 a 4.21, lo que indica que, con un nivel de confianza del 95 %, la tendencia general se sitúa entre tres y cuatro formas distintas de violencia física vividas durante la atención obstétrica. Cabe señalar que estos resultados provienen de una muestra no probabilística, por lo que no pueden generalizarse a toda la población; sin embargo, ofrecen indicios relevantes sobre la experiencia de las mujeres participantes y refuerzan la necesidad de revisar los protocolos clínicos para garantizar condiciones de respeto y seguridad en el parto.

Gráfica 12. Principales formas de maltrato físico que fueron experimentados por las mujeres participantes durante su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar los datos reflejaron que el tacto vaginal fue uno de los procedimientos médicos que las mujeres consideraron como un acto de violencia física, ya sea porque lo realizaron diversos profesionales de la salud o porque lo efectuaron de manera continua, de forma agresiva y en lugares sin privacidad. Lo anterior coincide con los resultados que arrojaron tres investigaciones, la primera que fue realizada en Venezuela por Terán y sus colaboradores en 2011, la segunda que se llevó a cabo en Colombia, por Vallana en 2015 y la tercera que se realizó en México en 2015, por Figueroa y sus colaboradores, en estos estudios el tacto vaginal fue considerado por las mujeres como una forma de maltrato físico, sobre todo cuando se realiza de forma reiterada, brusca y por diversas personas.

La realización repetitiva e invasiva del tacto vaginal, particularmente cuando es efectuado por múltiples profesionales o sin justificación clínica, ha sido documentada como una forma de maltrato físico y de abuso institucional. De acuerdo con la OMS (2014, 2019), el tacto vaginal debe realizarse con consentimiento informado y efectuarse por un único profesional. Por lo que su uso excesivo o innecesario constituye un trato degradante, vulnera la integridad corporal y puede generar experiencias de parto traumáticas.

Asimismo, la prohibición de ingerir alimentos antes del parto es una práctica ligada a modelos biomédicos tradicionales que se ha demostrado innecesaria para la mayoría de los partos de bajo riesgo. La OMS (2019) establece que, en ausencia de indicaciones clínicas específicas, las mujeres deben poder consumir líquidos y alimentos ligeros durante el trabajo de parto. Su prohibición generalizada reproduce un enfoque disciplinario sobre el cuerpo de las mujeres, en el cual se anteponen rutinas institucionales por encima del bienestar fisiológico y emocional de la parturienta.

La falta de privacidad durante la realización de tactos vaginales constituye otra violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. El derecho a la privacidad, la intimidad y la dignidad durante la atención médica está reconocido en diversos instrumentos internacionales, como la CEDAW (1979) y la Convención de Belém do Pará (OEA, 1994). La exposición del cuerpo femenino sin necesidad clínica contribuye a generar sentimientos de vulnerabilidad, vergüenza y deshumanización.

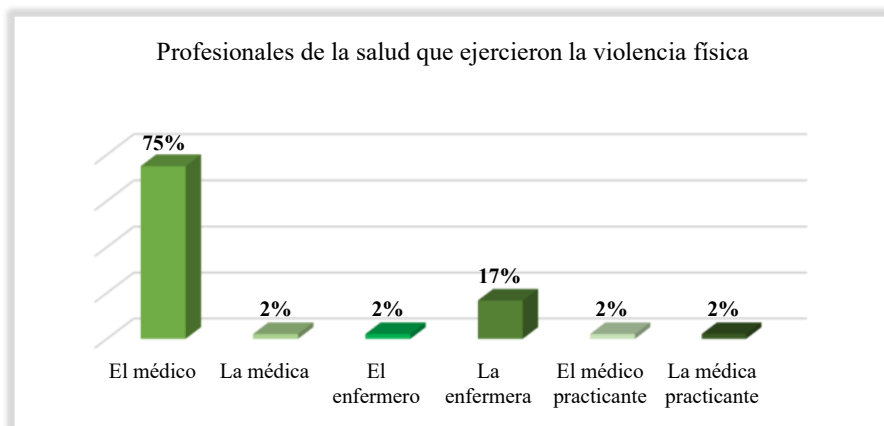
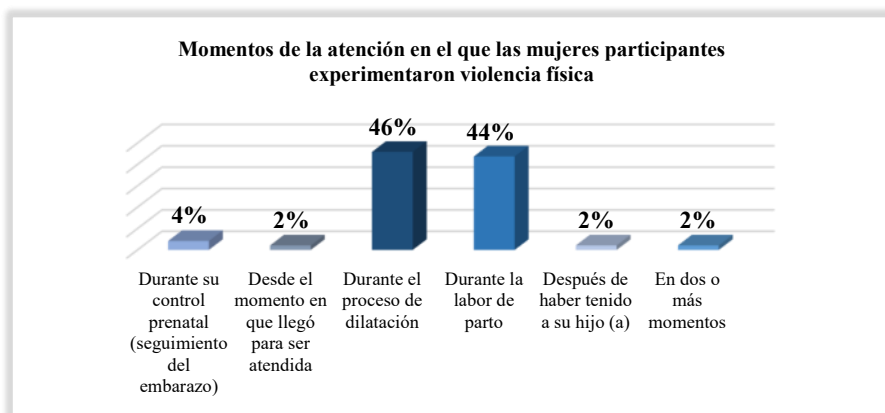
La administración de medicamentos para acelerar el parto sin justificación clínica o sin consentimiento informado, particularmente la administración de oxitocina ha sido señalada como una práctica coercitiva que se realiza con mayor frecuencia en América Latina. La OMS (2019) indica que su uso debe limitarse a casos en que existan riesgos reales para la madre o el feto, pues su aplicación indiscriminada incrementa el dolor, aumenta el riesgo de intervenciones adicionales y vulnera el derecho a la autonomía reproductiva.

Por otra parte, los datos obtenidos mostraron que 4% de las mujeres encuestadas manifestó identificar y reconocer otras conductas de violencia física en la atención recibida durante su último parto.

Referente al momento de la atención en la que recibieron los maltratos físicos, se logró detectar que 46% experimentaron la violencia en el proceso de dilatación, mientras que 44% la vivieron durante la labor de parto. 75% de las mujeres que vivieron esta forma de violencia señalaron que fue principalmente el médico quien la ejerció (gráfica 13).

Los datos obtenidos manifestaron que las mujeres recibieron maltratos por diferentes profesionistas, sin embargo, se resalta principalmente los malos tratos del médico obstetra y de las enfermeras, estos datos son consistentes con los resultados que arrojaron estudios sobre la violencia obstétrica realizados tanto en el ámbito internacional como nacional (Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013; Pereira, Domínguez y Toro, 2015; Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal, 2013).

Gráfica 13. Características de la violencia física experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, los datos analizados permitieron identificar que algunas mujeres primíparas reportaron haber sido esterilizadas o haber recibido algún método anticonceptivo sin su consentimiento durante la atención obstétrica. En total, 62.5% de las participantes indicó haber vivido esta situación (tabla 9).

Tabla 9. Tabla de contingencia le colocaron algún método anticonceptivo o la esterilizaron para ya no tener hijos sin preguntarle o avisarle y número de hijos.

		Número de hijos				Total
		Un hijo/a	Dos hijos/as	Tres hijos/as	Cuatro hijos/as	
Le colocaron algún método anticonceptivo o la esterilizaron para ya no tener hijos (as)	Sí	62.5%	12.5%	25.0%	0.0%	100.0%
(ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle	No	40.3%	16.4%	35.8%	7.5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En conjunto, los resultados reflejan prácticas que no sólo constituyen formas de violencia física, sino que revelan estructuras de atención impregnadas de desigualdades de género, autoritarismo médico y normalización del maltrato. Estas evidencias subrayan la urgencia de implementar políticas públicas, capacitación en derechos humanos y protocolos de parto que garanticen que las mujeres vivan una experiencia obstétrica digna, segura y libre de violencia.

4.6. Violencia sexual en la atención obstétrica

En este apartado se presentan los resultados relacionados con la violencia sexual en la atención obstétrica. Los datos obtenidos permiten identificar las manifestaciones específicas de este tipo de violencia experimentada por las mujeres durante su último parto. Los datos indican que 4 % de las participantes reportó haber vivido algún tipo de maltrato sexual durante la atención obstétrica. Dentro de este grupo, las mujeres señalaron haber experimentado entre uno y tres tipos de maltratos sexuales, lo cual evidencia que, aunque menos frecuente en comparación con otras formas de violencia obstétrica, este tipo de vulneración persiste y adquiere diversas formas de expresión (tabla 10).

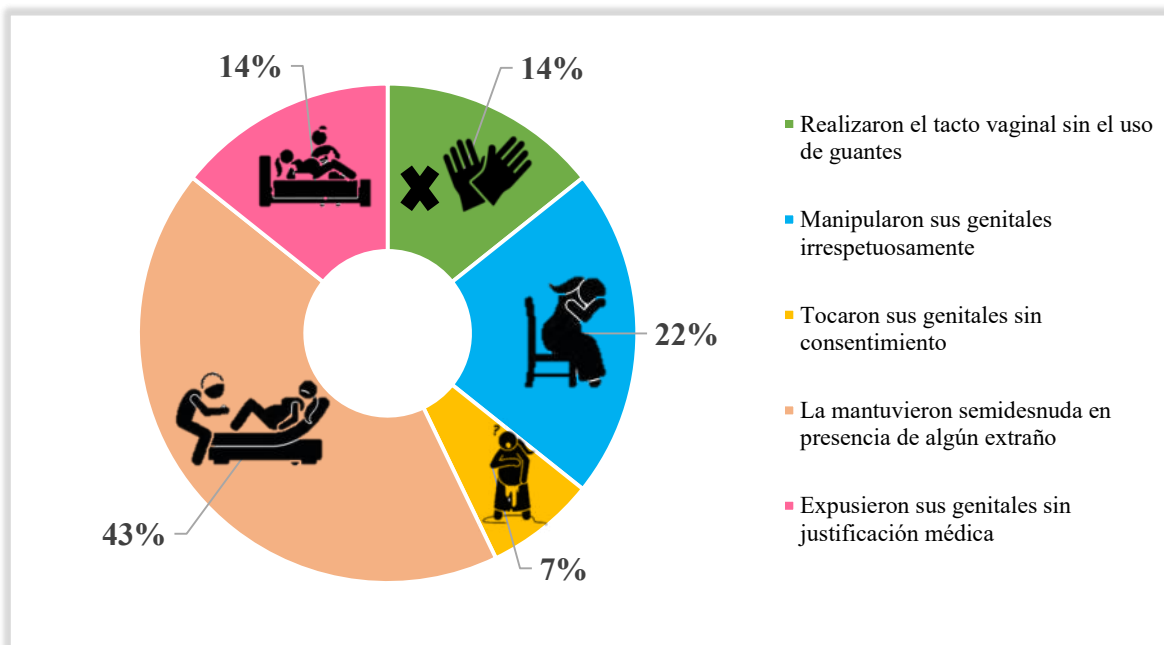
Tabla 10. Número de maltratos sexuales experimentados por las mujeres en la atención obstétrica en su último parto.

Número de maltratos sexuales experimentados	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	5	56%	56%
2	3	33%	89%
3	1	11%	100%
Total	9	100	

Fuente: Elaboración propia.

Entre los maltratos sexuales reportados con mayor frecuencia por las mujeres se identificaron los siguientes: 43% de las participantes manifestó haber sido mantenida semidesnuda en presencia de personas ajenas al personal de salud; 22% indicó que sus genitales fueron manipulados de forma grosera o sin respeto; 14% señaló que se les realizó el tacto vaginal sin el uso de guantes; 14% refirió que sus genitales fueron expuestos sin justificación médica, mientras que 7% reportó que sus genitales fueron tocados sin su consentimiento (gráfica 14).

Gráfica 14. Principales formas de maltrato sexual que experimentaron las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

La exposición del cuerpo sin justificación médica o sin consentimiento informado contraviene el derecho a la privacidad y confidencialidad establecido en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), los cuales obligan a los Estados a garantizar que las mujeres reciban servicios de salud libres de trato degradante.

Asimismo, la manipulación grosera de los genitales o el tacto vaginal sin guantes vulnera el derecho a la integridad física y moral, al constituir actos que generan daño físico, emocional o psicológico.

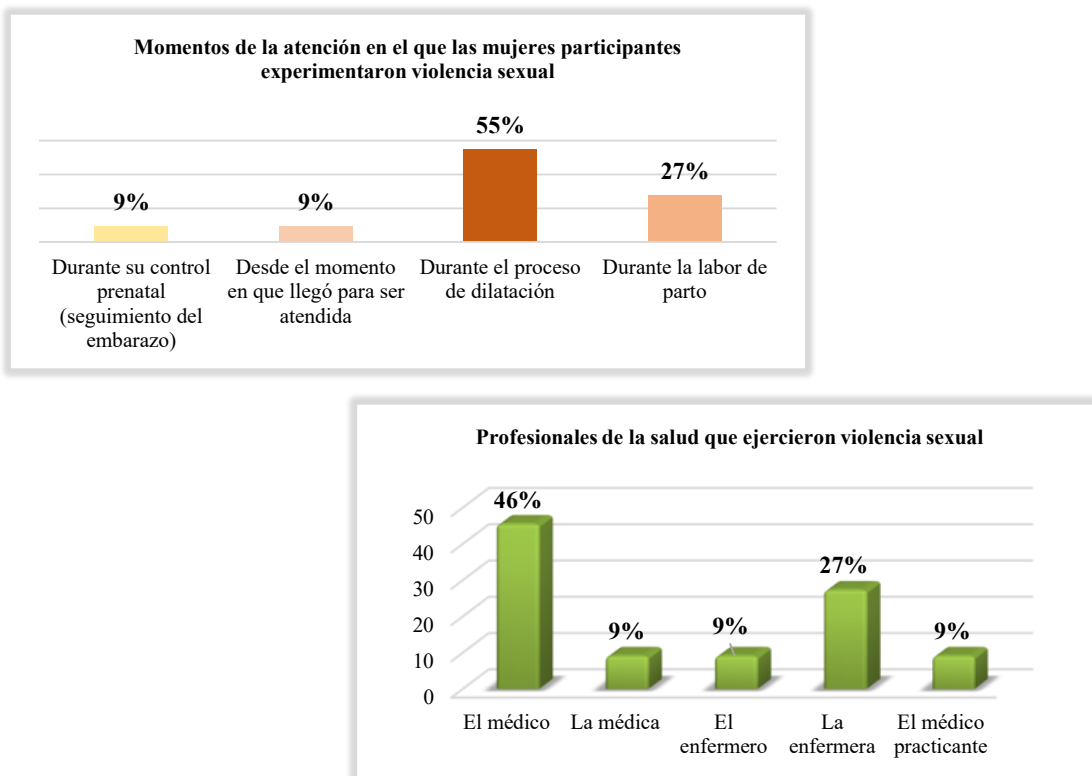
El tacto vaginal o contacto genital sin consentimiento, además de ser una expresión de violencia sexual en el ámbito médico, implica la negación del derecho a la autonomía y al consentimiento informado, principios fundamentales en la Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, que establece que ningún procedimiento debe realizarse sin la autorización explícita de la mujer.

Desde la perspectiva de derechos humanos, estas prácticas no solo representan fallas en los protocolos clínicos, sino omisiones institucionales que transgreden la obligación del Estado de garantizar un acceso a servicios de salud reproductiva libres de discriminación, violencia y trato indigno.

Adicionalmente, los datos arrojaron que 4% del total de la muestra manifestó haber identificado otras conductas por parte del personal de salud que, desde su percepción, consideraron como actos de violencia sexual.

Asimismo, se observó que el momento del proceso de dilatación fue aquel en el que las mujeres reportaron con mayor frecuencia haber experimentado maltratos sexuales, siendo el personal médico y de enfermería quienes principalmente ejercieron este tipo de violencia (gráfica 15).

Gráfica 15. Características de la violencia sexual experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Los hallazgos sobre violencia sexual en la atención obstétrica evidencian la vulneración a los derechos humanos de las mujeres, pues afectan directamente su integridad física, emocional y sexual en un contexto en el que deberían recibir cuidado, protección y trato digno. Las prácticas reportadas como: la exposición injustificada del cuerpo, el tacto vaginal sin guantes, la manipulación grosera de los genitales o el contacto sin consentimiento constituyen transgresiones claras al derecho a la privacidad, a la autonomía corporal y al consentimiento informado, pilares fundamentales del marco internacional de derechos humanos. Estos resultados subrayan la urgencia de implementar medidas institucionales que garanticen la confidencialidad, el respeto y la protección de los cuerpos de las mujeres, así como la necesidad de capacitar al personal de salud en perspectiva de género y en el reconocimiento del consentimiento como principio ético indispensable para una atención obstétrica libre de violencia sexual.

En el presente estudio, la violencia sexual en la atención obstétrica fue una de las formas de maltrato menos reportadas, lo cual podría deberse, en parte, a la dificultad para identificar o reconocer este tipo de maltratos. Por ello, se considera pertinente que este tema sea abordado con mayor profundidad en futuras investigaciones, incorporando enfoques que permitan

comprender con mayor detalle las percepciones y experiencias de las mujeres durante la atención obstétrica.

4.7. Discriminación social en la atención obstétrica

En esta sección se presentan los resultados relacionados con la discriminación social en la atención obstétrica. De acuerdo con los datos obtenidos, 7% de las mujeres encuestadas señaló haber experimentado algún tipo de discriminación durante la atención obstétrica, reportando entre una y dos manifestaciones de este tipo de trato en el proceso de atención de su último parto (tabla 11).

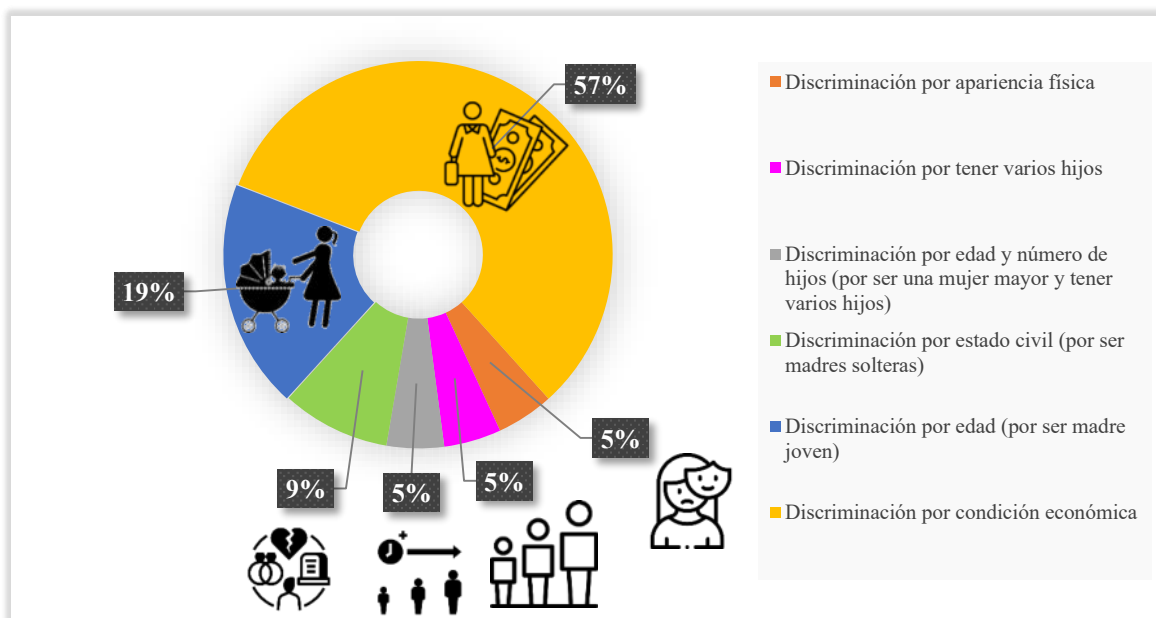
Tabla 11. Número de discriminaciones sociales en la atención obstétrica experimentadas por las mujeres en su último parto.

Número de discriminaciones sociales experimentadas	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	11	68.8	68.8
2	5	31.3	100.0
Total	16	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Las formas de discriminación social que con mayor frecuencia reportaron las participantes durante su último parto fueron las siguientes: 57% mencionó haber sido discriminada por condición económica, 19% por su edad (al ser madres jóvenes), 9% por su estado civil (por ser madres solteras), 5% por su edad y número de hijos (al ser madres de mayor edad con varios hijos), 5% por tener varios hijos, y 5% por su apariencia física (gráfica 16).

Gráfica 16. Formas de discriminación social experimentada por las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último.



Fuente: Elaboración propia.

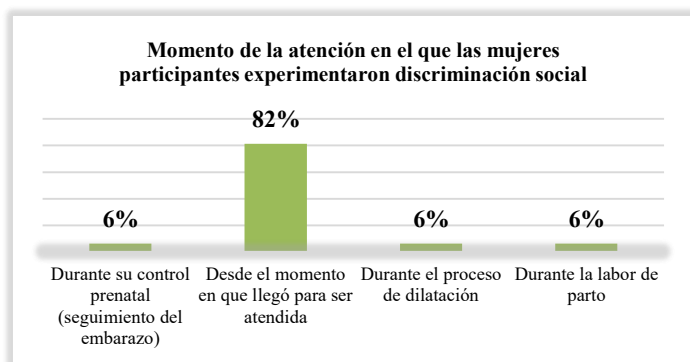
Como se puede observar la discriminación social por condición económica fue la de mayor prevalencia en este estudio, Orozco y Rocha (s/f), sostienen que las mujeres con pocos recursos económicos con frecuencia son las que reciben mala atención obstétrica y, por lo tanto, un mal tratamiento; también argumentan que es más común que las mujeres que no cuentan con recursos económicos sean discriminadas.

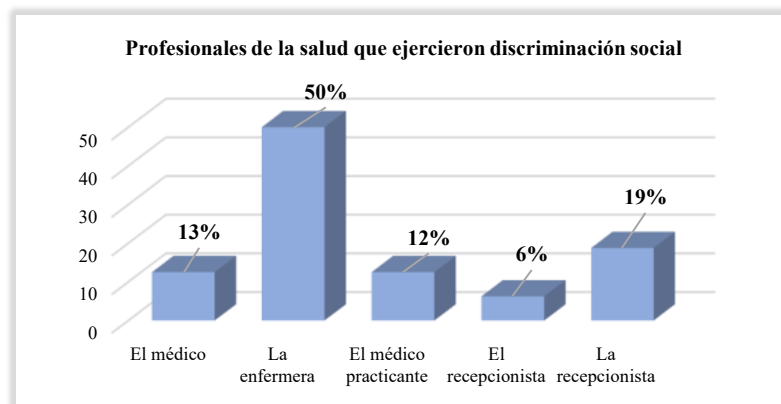
Otro hallazgo relevante identificado en este estudio fue la presencia de discriminación social vinculada a la edad. Se observó que tanto las mujeres jóvenes como las de mayor edad experimentaron tratos diferenciados durante la atención obstétrica. Autores como Orozco y Rocha (s/f), sostienen que la edad puede influir en el modo en que las mujeres son tratadas durante el parto, siendo las madres adolescentes y las mujeres de edad avanzada más propensas a enfrentar actitudes discriminatorias por parte del personal de salud.

En el ámbito obstétrico, la discriminación se traduce en prácticas institucionales que limitan el acceso a una atención digna, respetuosa y libre de prejuicios, lo cual contradice el derecho a la salud sin discriminación establecido por la OMS y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En particular, la discriminación hacia mujeres jóvenes, solteras o con varios hijos refleja la persistencia de estigmas sociales sobre la maternidad, mientras que la discriminación por apariencia física o condición económica pone de relieve desigualdades estructurales presentes en los servicios de salud.

En relación con el momento de la atención obstétrica en que se presentaron estas experiencias de discriminación, se identificó que 82% de las participantes las experimentaron desde su llegada a la institución de salud. Asimismo, se observó que estas conductas fueron ejercidas principalmente por la enfermera, según lo manifestado por 50% de las participantes, mientras que 19% de la muestra señaló haber sido discriminada por la recepcionista (gráfica 17).

Gráfica 17. Características de la discriminación social experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.





Fuente: Elaboración propia.

La no discriminación social es un derecho humano fundamental que debe garantizarse en todas las esferas de la vida social, incluyendo el ámbito de la salud y, particularmente, la atención obstétrica. Sin embargo, los hallazgos de esta investigación evidencian que dicho derecho es frecuentemente vulnerado a través de diversas formas de discriminación social ejercidas durante los procesos de atención obstétrica.

Estos resultados ponen de manifiesto que la discriminación social en la atención obstétrica constituye una de las formas de violencia que requiere un análisis más profundo y sistemático. En consecuencia, se considera necesaria la realización de investigaciones más específicas sobre el tema, con el propósito de generar conocimiento que permita diseñar e implementar mecanismos efectivos para prevenir, atender y erradicar las distintas manifestaciones de discriminación hacia las mujeres durante la atención obstétrica, contribuyendo así a la garantía plena de sus derechos humanos y reproductivos.

4.8. Negligencia en la atención obstétrica

En este apartado se presentan los resultados relacionados con la negligencia en la atención obstétrica experimentada por las mujeres durante su último parto. Los datos revelan que 22% de la muestra reportó haber vivido entre una y ocho conductas de negligencia durante la atención recibida (tabla 12).

Tabla 12. Número de negligencias en la atención obstétrica experimentadas por las mujeres en su último parto.

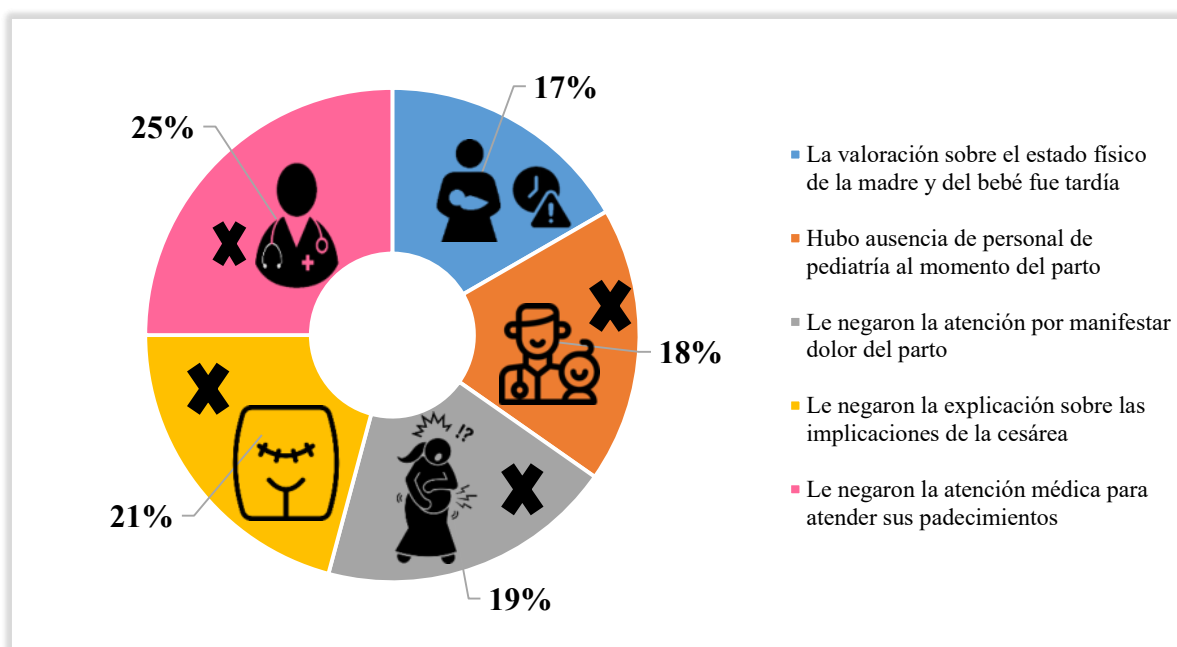
Número de negligencias experimentadas	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	9	18.8	18.8
2	9	18.8	37.5
3	16	33.3	70.8
4	8	16.7	87.5
5	2	4.2	91.7
6	2	4.2	95.8
7	1	2.1	97.9

8	1	2.1	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Las formas de negligencia identificadas evidenciaron prácticas derivadas tanto de acciones directas como de omisiones por parte del personal de salud. Los datos muestran que las negligencias más prevalentes fueron las siguientes: 25% de las mujeres reportó que se les negó atención médica ante sus padecimientos; 21% señaló que no recibieron explicación sobre las implicaciones de la cesárea; 19% indicó que se les negó atención aun cuando manifestaban dolor de parto; 18% mencionó la ausencia del personal de pediatría al momento del nacimiento; y 17% refirió que la valoración de su estado de salud y la de su bebé se realizó de manera tardía, es decir, después de varias horas (gráfica 18).

Gráfica 18. Principales formas de negligencia que fueron experimentadas por las mujeres participantes durante su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar la negligencia médica se manifestó principalmente negando la atención médica a las mujeres para atender sus padecimientos y necesidades, para Tinoco (2016:49) la negar la atención obstétrica de manera oportuna “representa una falta de garantía de los derechos de las mujeres”; en ese sentido, la negligencia, las omisiones, las dilaciones y el abandono muestran la deficiente calidad de los servicios obstétricos que brinda la salud pública. Por su parte, Cassiano y otros, (2016) señalan que negar la atención obstétrica, es un acto de negligencia intencional.

La ausencia de personal de pediatría, así como la valoración oportuna de la madre y del bebé fueron actos de negligencia que reportaron las mujeres encuestadas. Para Cassiano y otros, (2016) la negligencia durante la atención obstétrica puede manifestarse mediante la ausencia

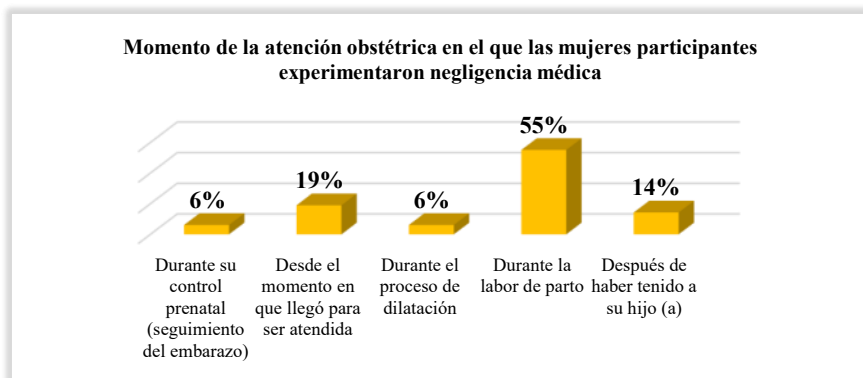
de recursos humanos necesarios para una asistencia de calidad; así mismo, se refleja cuando no se les brinda a las mujeres las atenciones médicas que requieren antes, durante y después del parto (Barbosa y Modena, 2018; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

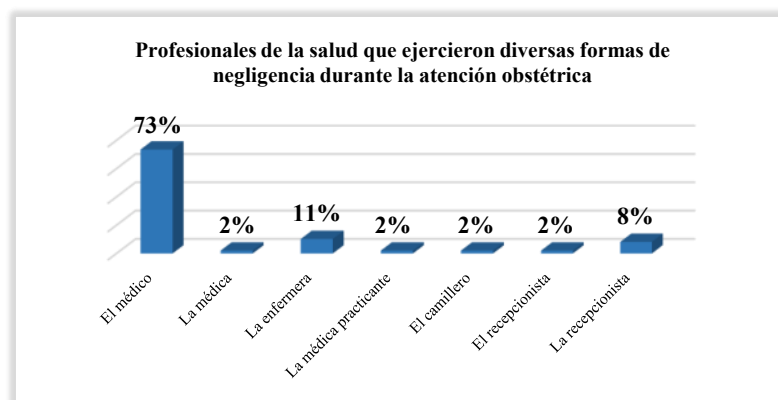
Diversas investigaciones han documentado las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a una atención obstétrica adecuada, entre ellas las reiteradas idas y venidas al hospital, los tiempos prolongados de espera, la baja capacidad resolutive del personal, la precariedad de los recursos disponibles, las deficientes condiciones estructurales y la ausencia de recursos humanos suficientes para garantizar una atención de calidad. Asimismo, Cassiano y otros (2016) señalan la existencia de formas de negligencia intencional, como dejar a las mujeres solas en la sala de parto a modo de castigo por un supuesto “mal comportamiento”, así como la estratificación en la calidad de la atención en función de criterios socioeconómicos, lo que refuerza las desigualdades y vulnera los derechos de las mujeres durante el parto.

Al preguntar a las participantes si identificaban alguna otra conducta negligente durante la atención obstétrica en su último parto, la respuesta fue predominantemente negativa. Las mujeres manifestaron no haber identificado otras formas de negligencia ejercidas por parte del personal de salud, además de las ya mencionadas previamente.

En relación con el momento de la atención obstétrica en que las mujeres experimentaron actos de negligencia, se identificó que 55% los vivió durante la labor de parto. Asimismo, se observó que estos actos fueron cometidos principalmente por personal médico, ya que 73% de las participantes así lo reportó (gráfica 19). Si bien la mayoría de las conductas negligentes se atribuyeron al médico, los datos evidencian que este tipo de prácticas también pueden ser ejercidas por otros profesionales de la salud, independientemente del género al que pertenezcan.

Gráfica 19. Características de la negligencia experimentada por las mujeres participantes durante su último parto.





Fuente: Elaboración propia.

La negligencia se identificó como uno de los tipos de violencia obstétrica más reportados en este estudio, después de la violencia psicológica y física. Lo anterior resulta particularmente relevante, ya que pone de manifiesto la persistencia de prácticas institucionales que comprometen la calidad y la seguridad de la atención médica brindada a las mujeres durante el proceso reproductivo.

Es necesario subrayar que la negligencia médica durante la atención obstétrica constituye una vulneración directa del derecho humano a la salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014:1), este derecho implica “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”. En consecuencia, toda práctica que niegue o limite este acceso vulnera la obligación del Estado de garantizar una atención sanitaria integral, segura y de calidad. Además, la negligencia obstétrica también transgrede el derecho de las mujeres a vivir una maternidad libre de violencia, derecho que está plasmado en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de Belém do Pará.

4.9. Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos realizados durante la atención obstétrica

En este apartado se presentan los resultados relacionados con los procedimientos médicos rutinarios realizados sin consentimiento o de manera coercitiva durante la atención obstétrica experimentada por las mujeres en su último parto. Los datos obtenidos muestran que 16% del total de la muestra reportó haber experimentado entre uno y cinco procedimientos médicos rutinarios sin su consentimiento informado (tabla 13).

Tabla 13. Número de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos realizados a las mujeres participantes durante la atención obstétrica recibida durante su último parto.

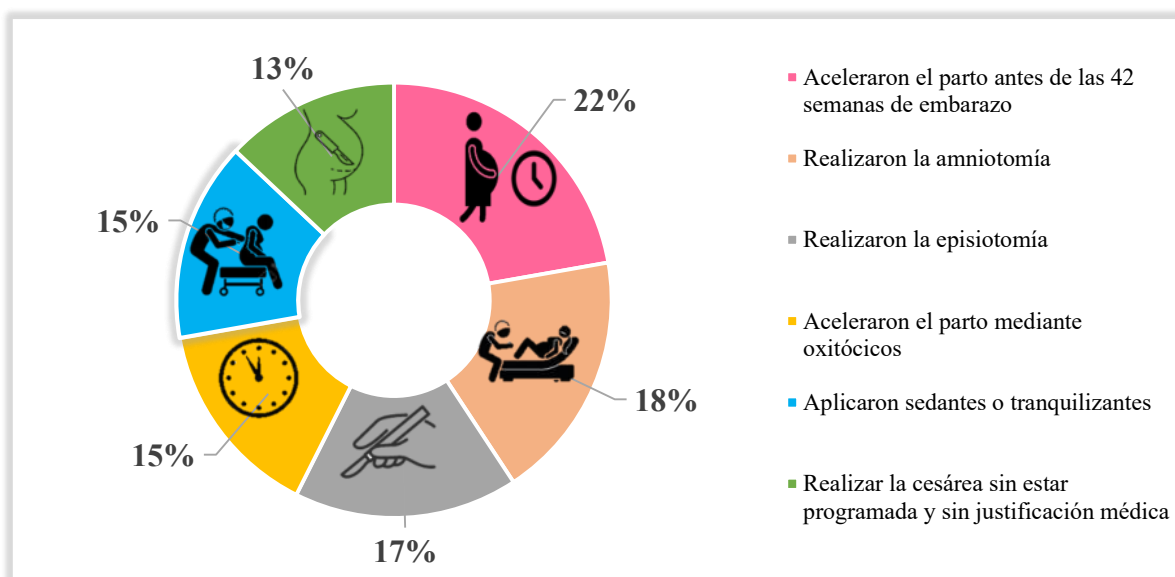
Número de procedimientos médicos realizados	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	19	54.3	54.3
2	7	20.0	74.3
3	4	11.4	85.7

4	4	11.4	97.1
5	1	2.9	100.0
Total	35	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

Los procedimientos médicos rutinarios realizados sin consentimiento o de manera coercitiva durante el último parto de las mujeres fueron principalmente: la aceleración del parto antes de las 42 semanas de gestación (22%), la realización de la amniotomía (18%) y de la episiotomía (17%), así como el uso de oxitócicos para inducir o acelerar el trabajo de parto (15%), la aplicación de sedantes o tranquilizantes (15%) y la práctica de cesáreas no programadas (13%). Estos procedimientos constituyen las principales intervenciones médicas rutinarias reportadas por las participantes (gráfica 20).

Gráfica 20. Principales tipos de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos que les realizaron a las mujeres participantes durante la atención obstétrica de su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

La aceleración del parto sin consentimiento vulnera el derecho a decidir de manera libre e informada sobre el propio proceso reproductivo, reconocido por la CEDAW (1999) y la OMS (2014). Forzar o acelerar el proceso de parto sin explicación constituye una forma de intervención injustificada que afecta la autonomía corporal y contradice el estándar internacional de “atención centrada en la mujer”, que exige brindar información clara y permitir la toma de decisiones compartidas. Esta práctica también puede constituir trato inhumano si provoca dolor, angustia o intervenciones innecesarias.

La realización de la amniotomía fue una de las prácticas médicas de rutina que fueron reportaron por las mujeres participantes de este estudio, Silva, Villa y Carvajal (2017) señalan que se ha identificado que la amniotomía practicada sistemáticamente altera la evolución

fisiológica del trabajo de parto, por lo que lo asocian con el aumento en el número de partos disfuncionales y con el riesgo muerte materna (Ventura y Figueroa, 2008), estos mismos autores mencionan que no existen estudios clínicos importantes que demuestren los beneficios de esta práctica médica, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha recomendado evitar las prácticas médicas que no sean beneficiosas.

La episiotomía fue otra de las prácticas médicas de rutina reportada con más frecuencia, referente a este procedimiento la OMS (2019) señala que no se recomienda el uso rutinario de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, no obstante, esta práctica médica según Valdez y otros (2016) se continua realizando de manera rutinaria en la mayoría de los partos, por su parte Barbosa y Modena (2018:2) refieren que es frecuente que mediante este procedimiento se lastime la vulva de las mujeres, lo cual puede traer diversas consecuencias para su salud y podría “afectar su vida sexual futura”.

El uso de oxitócicos para acelerar el parto fue otra práctica médica rutinaria realizada que reportaron las mujeres de este estudio, Hilal-Dandan y Brunton (2015) señala que esta hormona puede inducir hipotensión, taquicardia, traumatismo de la gestante o del feto por la expulsión forzada, rotura uterina y disminución de la oxigenación fetal. Sin embargo, a pesar de los riesgos que produce, la aplicación de oxitócicos sigue siendo empleada como un procedimiento de rutina Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015); estos mismos autores sostienen que el uso de oxitócicos expone a las mujeres a situaciones de riesgo, por lo que sugieren que la administración de la hormona debería emplearse respondiendo a las particularidades de cada caso.

La administración de fármacos que alteran la conciencia o el estado emocional sin consentimiento constituye una violación grave al derecho a la integridad personal. Desde el punto de vista ético, el uso de medicamentos sin explicación elimina la capacidad de la mujer para participar en decisiones cruciales durante su parto, violando el principio de autonomía consagrado en la bioética y en el derecho a la salud (OMS, 2019).

Como se puede observar en este estudio algunos procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos fueron reportados por las mujeres participantes, sin embargo, de acuerdo con la OMS, estos carecen de evidencia científica que indiquen los beneficios que brindan a las mujeres o a los fetos.

Respecto al consentimiento informado se identificó que 80% de la muestra señaló que no les otorgaron información antes de practicarles algún procedimiento médico o quirúrgico, ni les brindaron información suficiente y adecuada sobre los procedimientos que le practicarían. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos en el estudio cualitativo realizado en Colombia por Tobar y sus colaboradores en 2016, ya que se detectó que con frecuencia los médicos omiten información, es decir, no brindan referencias ni explicaciones del porque deben realizar procedimientos médicos que se consideran de rutina. Por otra parte, un estudio mixto realizado en México por Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez y Arenas-Monreal en 2012, arrojó que es frecuente que no se brinde información a las mujeres sobre los procedimientos propios del trabajo de parto.

La realización de cesáreas no programadas fue otro de los procedimientos médicos reportados por las participantes. Este hallazgo coincide con los resultados del estudio cuantitativo realizado en Venezuela por Pereira, Domínguez y Toro (2015), quienes evidenciaron que la cesárea fue identificada como una de las intervenciones que se efectúa sin autorización y sin brindar a las mujeres una explicación clara sobre las razones médicas que justificaban su realización.

En el presente estudio se identificaron diversas justificaciones médicas para la realización de cesáreas no programadas, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Por complicaciones del bebé.
- Por complicaciones del parto.
- Porque el embarazo era de alto riesgo por diabetes gestacional.
- No me dijeron porque, sólo me dieron las hojas para firmar.
- Por emergencia.
- Porque mi salud estaba en riesgo.
- Porque no dilataba.
- Porque a mi bebé se le estaba pasando la hora.
- Porque el bebé estaba en mala posición.
- Porque si se complicaba algo sería mi responsabilidad.

En síntesis, los hallazgos de este estudio permiten visibilizar que las prácticas médicas coercitivas y sin consentimiento informado persisten en distintos momentos de la atención obstétrica. La información obtenida permite visibilizar las formas en que la violencia institucional se manifiesta en el ámbito de la salud reproductiva, así como la necesidad de promover acciones formativas, normativas y de sensibilización dirigidas al personal de salud, con el fin de garantizar una atención obstétrica basada en el respeto, la dignidad y los derechos humanos de las mujeres.

4.10. Percepción de las mujeres participantes sobre la violencia obstétrica

En este apartado, se muestran resultados de la percepción que tuvieron las mujeres participantes sobre la violencia obstétrica. Como primer punto se consideró oportuno indagar aspectos relacionados con la naturalización de la violencia obstétrica. En ese sentido, se pudo observar que 74.7% de las mujeres participantes de este estudio consideraron un hecho normal que el personal de salud insulte a las mujeres parturientas. Para Martínez y otros (2014:140) la violencia es naturalizada cuando “la intencionalidad de hacer daño no es reconocida”, por su parte, Incháustegui (2010:12) menciona que se naturaliza cuando existe “justificación o aceptación de la violencia cometida”.

Rangel y Martínez (2017) proponen analizar la naturalización de la violencia obstétrica desde dos marcos de interpretación: 1) naturalización de la violencia por parte de los profesionales de la salud y 2) naturalización de la violencia por parte de las usuarias, dado que no solo para las mujeres es difícil identificar las prácticas médicas violentas de las que son objeto, sino también es difícil que los prestadores de la atención de la salud detecten que la ejercen.

Desde la percepción de las mujeres los maltratos hacia las mujeres ejercidos por el personal de salud son eventos que suceden dentro de las instituciones, estos maltratos los identifican

como una vulneración de los derechos humanos, dado que 24% de la muestra señaló que el personal de salud no respeta los derechos de las mujeres que acuden a recibir atención médica obstétrica. Por otra parte, 73.3% del total de la muestra consideró que las humillaciones y maltratos se originan cuando las mujeres manifiestan su dolor durante el parto, por lo que ante estos hechos, 89.3% del total de la muestra coinciden y afirman que las mujeres parturientas no deberían recibir mala atención por parte del personal de salud.

Cabe referir que existe alto desconocimiento de la violencia obstétrica, ya que 66.7% de la muestra indicó que no sabían que había sufrido esta forma de violencia hasta que se les realizó la encuesta. Valdez y otros (2016) mencionan que las mujeres naturalizan la violencia obstétrica debido a que desconocen los derechos que se relacionan con la salud sexual y reproductiva; Castro y Erviti (2015) añaden que las mujeres no identifican las formas de violencia obstétrica debido a que no han sido informadas sobre sus derechos en el parto, ni sobre las características de esta modalidad de violencia.

Otro de los hallazgos detectado fue el desconocimiento que tienen las mujeres sobre el proceso para denunciar la violencia obstétrica, dado que 9.3% de la muestra manifestó que no sabían que podían denunciar la violencia obstétrica, así mismo, 18.7% refirió desconocer el proceso para realizar la denuncia, de igual modo, añadieron que no sabían a dónde acudir a denunciar en caso de haber sido víctima de violencia obstétrica.

Tobar y otros (2019) manifiestan que el desconocimiento que tienen las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos influye para que no identifiquen ni denuncien la violencia obstétrica; estos autores consideran que las mujeres desconocen el concepto, ya que no ha existido alguna campaña informativa en donde se haya difundido las características de esta modalidad de violencia; en ese sentido, desde la visión de Salgado y Díaz (2017) la desinformación es uno de los principales aspectos que contribuye para que las mujeres continúen naturalizando prácticas médicas autoritarias en la atención del parto.

En lo relativo a las acciones que deben establecerse para quienes ejercen violencia obstétrica, se encontró que 73.4% de la muestra consideró que los profesionales de la salud que incurran en este tipo de violencia deberían ser sancionados con pena de cárcel. De igual forma, 84% manifestó que es necesario implementar sanciones legales en contra de quienes cometan actos de violencia obstétrica durante la atención médica. Estos resultados reflejan una demanda social de justicia y rendición de cuentas frente a prácticas que vulneran la dignidad y los derechos humanos de las mujeres.

En consonancia con estos hallazgos, Barbosa y Modena (2018:10) sostienen que, en materia normativa, resulta indispensable establecer regulaciones claras y consecuencias legales para quienes ejercen violencia obstétrica, ya que la ausencia de sanciones fomenta la impunidad y perpetúa las prácticas violentas dentro del ámbito sanitario. Desde esta perspectiva, el fortalecimiento del marco jurídico y de los mecanismos de supervisión institucional constituye una medida esencial para prevenir, sancionar y erradicar la violencia obstétrica, garantizando que las mujeres reciban una atención basada en el respeto, la ética profesional y los principios de derechos humanos.

La mala calidad de la atención obstétrica fue otro de los temas analizados desde la perspectiva de las mujeres participantes. En este sentido, se encontró que 61.3% de la muestra identificó el tiempo de espera prolongado como un factor que refleja la deficiente calidad de la atención recibida. Asimismo, de acuerdo con la opinión y experiencia de las mujeres, 53.3% consideró que la atención y el trato proporcionado por el personal de salud durante su último parto fue desagradable.

Estos resultados evidencian que la calidad de la atención obstétrica no depende únicamente de los recursos técnicos o de la infraestructura hospitalaria, sino también de factores relacionales y actitudinales, como el respeto, la empatía y la comunicación entre el personal de salud y las usuarias. Diversos estudios han señalado que la percepción negativa del trato recibido puede generar desconfianza institucional, miedo a acudir a los servicios de salud y una mayor vulnerabilidad emocional durante el proceso de parto (Valdez-Santiago y otros, 2016). En este sentido, mejorar la calidad de la atención obstétrica implica no solo optimizar los procesos clínicos, sino también fortalecer la dimensión humana del cuidado, reconociendo a las mujeres como sujetos de derechos y no solo como pacientes.

Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez (2015:361) relacionan directamente el bajo costo financiado por el Estado de los servicios de salud con la mala calidad de la atención obstétrica, también señalan que las deficiencias en la calidad de la atención abarcan tres dimensiones: la técnica, la de accesibilidad y la de trato. Lo anterior tiene coincidencia con lo mencionado por Tobar y otros (2019) ya que para estos autores el trato degradante y la mala calidad de la atención obstétrica, son el resultado de aspectos individuales²⁹ del personal de salud y estructurales³⁰.

Es importante mencionar que con el fin de obtener información complementaria, se incluyó una pregunta abierta en el instrumento de recolección de datos con el propósito de conocer la perspectiva de las mujeres sobre los elementos que podrían contribuir a mejorar la calidad en la atención obstétrica (anexo 4). De sus respuestas emergieron tres aspectos fundamentales: 1) la necesidad de fortalecer la infraestructura, el equipamiento y las condiciones de higiene hospitalaria; 2) la importancia de capacitar y sensibilizar al personal de salud en temas de empatía, trato digno y derechos humanos; y 3) la urgencia de desarrollar campañas informativas dirigidas a las mujeres sobre la violencia obstétrica, los derechos sexuales y reproductivos, así como los mecanismos de denuncia disponibles.

Asimismo, las participantes emitieron recomendaciones dirigidas a otras mujeres, enfatizando la importancia de denunciar los actos de violencia obstétrica, documentar los hechos y exigir el respeto a los derechos humanos (anexo 5).

Finalmente, en el apartado de comentarios generales, las mujeres manifestaron la necesidad de ampliar la información y la sensibilización social sobre la violencia obstétrica, además de establecer sanciones efectivas al personal de salud que incurra en actos de maltrato, y fortalecer la formación ética y empática del personal médico y de enfermería.

²⁹ Se refiere a las creencias y a la formación profesional del personal de salud.

³⁰ Políticas institucionales deficientes y deplorables condiciones de las instituciones de salud y de los sistemas públicos.

La recopilación de estos datos resultó de gran relevancia, dado que a partir de esta información fue posible proponer acciones orientadas a prevenir, atender y erradicar la violencia obstétrica desde un enfoque integral que articule las dimensiones estructurales, institucionales y socioculturales. Dichas propuestas se desarrollan en los apartados siguientes.

4.11. Reflexiones sobre los resultados de la investigación

En este apartado se presentan algunas reflexiones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, es importante destacar que la inclusión de preguntas abiertas en el instrumento de recolección de datos permitió complementar los hallazgos cuantitativos con información cualitativa de gran valor analítico. Las narrativas compartidas por las participantes evidencian experiencias relacionadas con distintas manifestaciones de violencia obstétrica, aportando elementos que favorecen una comprensión más profunda de este fenómeno desde la perspectiva de las propias mujeres.

En relación con la violencia psicológica, las participantes compartieron expresiones que percibieron como ofensivas, intimidantes o humillantes, tales como:

- “Aguántate, cómo antes no te dolía” (Participante 20).
- “Ahora sí se queja, no sea exagerada” (Participante 45).
- “No se queje, si ni es doloroso” (Participante 50).
- “Para qué se embaraza si no soporta el dolor” (Participante 23).
- “Las jóvenes no soportan el dolor” (Participante 23).
- “Aguántese, que esto es ser mamá” (Participante 60).
- “¡Opérese ya!” (Participante 27).

Estas frases muestran que el dolor expresado por las mujeres parturientas suele generar, en algunos profesionales de la salud, respuestas cargadas de molestia o descalificación. Como lo señala Da-Silva y Santana (2017), muchas mujeres optan por no manifestar su dolor ante el temor a ser hostilizadas, evidenciando la normalización de dinámicas violentas que minimizan e invalidan su experiencia. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de avanzar hacia una resignificación del parto que deje de asociarlo únicamente con sufrimiento y reconozca que expresar dolor es un proceso fisiológico legítimo.

Referente a la violencia física se identificó que algunas mujeres participantes narraron las acciones y comportamientos que el personal de salud les realizó y que desde su perspectiva consideraron como formas de manifestación de violencia física que recibieron durante la atención obstétrica de su último parto: “Cuando realizan la cesárea amarran las manos, pero desconozco los motivos, pienso que es parte del procedimiento”(Participante 35); “No me dejaron cargar a mi bebé por la cesárea, el tacto me lo realizaban muy seguido; me amarraron las manos, dicen que en las cesáreas se deben amarrar, pero no me dieron las razones y nunca me explicaron por qué”(Participante 49); “Detenían el suero que me estaban aplicando vía intravenosa, no me explicaron para qué, iban a vigilarme cada 2 horas y susurraban entre ellos”(Participante 26); “Me decían que, echando a perder se aprende”(Participante 35).

Estos testimonios reflejan la falta de información y comunicación hacia las mujeres, particularmente durante procedimientos como la cesárea, lo que contribuye a posicionarlas en un rol pasivo y desinformado frente a su propio proceso de atención.

En cuanto a la violencia sexual, algunas participantes señalaron experiencias como: *“Llamaban a más personas para verme en el parto y yo estaba desnuda”* (Participante 20); *“Me dijeron que cualquier enfermero me podía hacer el tacto”* (Participante 75); *“Me pusieron la bata con la abertura hacia el frente, sin decirme por qué”* (Participante 27).

Como se puede observar, estas conductas que las mujeres identificaron como actos de violencia sexual, evidencian que el personal de salud descuida la privacidad y el manejo del cuerpo femenino, ya que, en algunos casos, los tactos vaginales se realizan en presencia de múltiples estudiantes, lo que genera exposición innecesaria y vulneración del derecho a la intimidad (INSGENAR, 2008).

En lo que concierne a la discriminación social durante la atención obstétrica, se obtuvo una narrativa de una mujer participante, que, desde su percepción, constituyó una forma de discriminación social: *“me cuestionaban que tuviera varios hijos y fueran de diferente padre”* (Participante 20).

Asimismo, se documentó el relato de una participante que experimentó diversas formas de violencia obstétrica que pusieron en riesgo su vida y la de su bebé, entre ellas falta de atención oportuna. Este caso ilustra la gravedad que puede alcanzar la violencia obstétrica cuando las acciones u omisiones del personal de salud transgreden los estándares mínimos de seguridad y calidad:

“Uno de mis partos estuve a punto de morirme, no tengo palabras para describir cómo me sentí, la doctora no puso atención en lo importante, me hicieron pasar momentos muy desagradables, sufrí mucho tuve a mi bebé en el pasillo, sin anestesia casi nos morimos, eso fue en mi segundo embarazo, la atención la recibí en el metropolitano. Yo no puse nada de denuncia, yo solo quería irme a mi casa, fue muy difícil, me dejaron muy lastimada y tarde 6 años en poder tener otro bebé. La doctora se enojó porque mi bebé la orino, se enojó y me dejó y se tardó en sacarme la placenta yo ya me estaba muriendo. Yo no quiero que mis hijas pasen por lo mismo. Falta atención digna para la mujer y para los bebés, mi hija se atendió en uno particular hace dos años y fue lo mismo, la atención es pésima, casi tuvo a su bebé en la sala de espera” (Participante 49).

Es importante mencionar que uno de los aspectos que resalta en este estudio, es el desconocimiento y la naturalización de la violencia obstétrica. En donde algunas mujeres expresaron: *“Desconocía lo que era la violencia obstétrica, pensé que era normal lo que viví”* (Participante 28); *“De haber sabido hubiera, denunciado lo que me pasó en mi primer embarazo, ya que sufrí una hemorragia y no hubo buena atención por parte de los médicos”* (Participante 35); *“Muchas veces no estamos informadas sobre los procesos, si son violencia o no y es bueno estar informada”* (Participante 35); *“Que se ve muy tolerada la violencia obstétrica, pero debería existir una campaña informativa respecto a los derechos y más información de este tema”* (Participante 53).

Las vivencias cualitativas permiten reflexionar sobre la normalización del trato violento y la interiorización de prácticas que las mujeres llegan a considerar “*parte del proceso*” (Participante 17) o “*algo natural del parto*” (Participante 63); lo anterior revela una falla estructural en la educación para la salud reproductiva.

Además estos testimonios revelan que algunas mujeres participantes experimentaron múltiples formas de violencia obstétrica que vulneraron su dignidad, su integridad y sus derechos humanos. La presencia de maltratos psicológicos, físicos, sexuales, prácticas discriminatorias y actos de negligencia muestran que este fenómeno social persiste en las instituciones de salud y, en muchos casos, es normalizado tanto por el personal como por las propias usuarias.

En síntesis, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la formación en derechos humanos, mejorar los procesos de atención, garantizar el consentimiento informado y promover políticas públicas orientadas a transformar las prácticas institucionales. Asimismo, evidencian la relevancia para continuar investigando esta problemática desde metodologías mixtas que permitan profundizar en su comprensión y contribuir al desarrollo de estrategias integrales para prevenir, atender y erradicar la violencia obstétrica.

CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones finales del estudio, las cuales dan respuesta a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados. Algunas de las interrogantes fundamentales fueron: ¿Cuáles son las características de la violencia obstétrica durante el último parto experimentado por las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez? ¿Cuál es el tipo de violencia obstétrica con mayor prevalencia entre las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez?

En relación con estas preguntas, los resultados evidencian que la violencia psicológica durante la atención obstétrica fue el tipo de violencia de mayor prevalencia, dado que 27% de las mujeres reportó haberla experimentado. En segundo lugar, los maltratos físicos fueron mencionados por 23% de las participantes, mientras que la negligencia médica ocupó el tercer lugar, con una prevalencia del 22%. Por su parte, los procedimientos médicos coercitivos o realizados sin consentimiento fueron reportados por 16% de las encuestadas, la discriminación social se presentó en 7% de la muestra y finalmente, la violencia sexual resultó ser la menos frecuente, con un 4% (figura 4).

Estas cifras permiten observar que la violencia obstétrica no constituye un hecho aislado, sino un fenómeno multidimensional y estructural, que se manifiesta en distintas formas de trato deshumanizado, coerción y vulneración de derechos. En los párrafos siguientes se detallan las principales características de cada uno de estos tipos de violencia, a fin de comprender la magnitud y complejidad del problema.

Figura 4. Tipos de violencia experimentada por las mujeres participantes durante la atención obstétrica recibida en su último parto.



Fuente: Elaboración propia.

Los datos obtenidos en este estudio permitieron identificar las principales características y manifestaciones de la violencia obstétrica experimentada por las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez.

En términos generales, la **violencia psicológica** fue el tipo de maltrato más prevalente entre las encuestadas. Las formas de violencia más frecuentes incluyeron la minimización del dolor del parto (23%), el autoritarismo (17%), la prohibición del acompañamiento (17%), los regaños (16%), las intimidaciones (16%) y la tardanza en la atención (11%). Este tipo de violencia ocurrió principalmente durante el proceso de dilatación (40%), siendo ejercida en mayor medida por la enfermera (55%) y el médico (29%).

Desde la perspectiva teórica, estos hallazgos se pueden interpretar como una expresión del poder disciplinario descrito por Foucault (1975), que se ejerce sobre los cuerpos a través de la vigilancia, el control y la regulación de las conductas. En el ámbito obstétrico, este poder se traduce en una medicalización de los procesos reproductivos, donde las decisiones sobre el cuerpo de las mujeres son subordinadas a la autoridad médica. En este sentido, como plantean Valdez y otros (2016), la violencia obstétrica no solo es una práctica individual, sino un fenómeno estructural que refleja las relaciones de género desiguales y las jerarquías de poder institucionalizadas dentro del sistema de salud.

La **violencia física** ocupó el segundo lugar en prevalencia. Las prácticas más comunes fueron: el tacto vaginal realizado por varios médicos o practicantes (31%), la prohibición de ingerir alimentos antes del parto (23%), la realización del tacto vaginal en intervalos de dos

horas (20%), la falta de privacidad durante el tacto vaginal (13%) y la administración de medicamentos para acelerar el parto (13%). Este tipo de violencia se concentró en el proceso de dilatación (46%) y durante la labor de parto (44%), siendo el médico obstetra el principal ejecutor (75%).

En cuanto a la **negligencia médica**, esta ocupó el tercer lugar de prevalencia, con manifestaciones como: negar la atención médica ante padecimientos (25%), omitir información sobre los riesgos de la cesárea (21%), negar la atención ante los dolores del parto (19%), ausencia de personal de pediatría (18%) y valoración tardía de la madre y el recién nacido (17%). La labor de parto (55%) fue el momento donde se concentraron más actos negligentes, y el médico fue el profesional que más los ejerció (73%).

Los **procedimientos médicos rutinarios, coercitivos o realizados sin consentimiento** constituyeron el cuarto tipo de violencia más experimentada por las mujeres de este estudio. Entre ellos destacaron: la aceleración del parto antes de las 42 semanas (22%), la realización de la amniotomía (18%), la realización de la episiotomía (17%), el uso de oxitócicos para inducir o acelerar el trabajo de parto (15%), la aplicación de sedantes o tranquilizantes (15%) y la realización de cesáreas no programadas (13%). Aunque en algunos casos se ofrecieron justificaciones médicas relacionadas con complicaciones maternas o fetales, también se documentaron situaciones donde las mujeres no recibieron explicación alguna o fueron presionadas a aceptar los procedimientos, lo que constituye una violación al consentimiento informado. 80% de la muestra señaló que no les otorgaron información antes de practicarles algún procedimiento médico o quirúrgico, ni les brindaron información suficiente y adecuada sobre los procedimientos que le practicarían.

Este tipo de intervenciones reflejan la lógica de la medicalización del cuerpo femenino, que Martin (2001) describe como un proceso de subordinación del cuerpo reproductivo. Esto permite advertir que incluso en los partos naturales tradicionalmente considerados menos intervenidos persiste una injerencia médica coercitiva que limita la autonomía de las mujeres.

La **discriminación social** en la atención obstétrica fue uno de los tipos de violencia que en menor medida reportaron las mujeres, sin embargo, esto podría obedecer a la naturalización o desconocimiento de esta forma de violencia. La prevalencia de discriminación social identificada fue la siguiente: 57% mencionó haber sido discriminada por condición económica, 19% por su edad (al ser madres jóvenes), 9% por su estado civil (por ser madres solteras), 5% por su edad y número de hijos (al ser madres de mayor edad con varios hijos), 5% por tener varios hijos, y 5% por su apariencia física. Estas formas de discriminación ocurrieron principalmente al momento de la llegada al hospital (82%), ejercidas por enfermeras (50%) y personal administrativo (19%).

Según Goffman (1963), la discriminación social constituye una forma de estigmatización institucional donde ciertas características personales o sociales se convierten en motivos de exclusión o trato diferenciado. En el contexto obstétrico, esta estigmatización se articula con lo que Lagarde (2008) denomina la subordinación estructural de las mujeres, que perpetúa la desigualdad dentro de los espacios institucionales de salud.

En este estudio la ***violencia sexual*** fue uno de tipos de violencia menos reportada. Las principales manifestaciones fueron: mantener a la mujer semidesnuda ante extraños (43%), manipulación grosera de los genitales (22%), realización del tacto vaginal sin uso guantes (14%), exposición injustificada de los genitales (14%) y tocamientos sin consentimiento (7%). Este tipo de violencia se registró con mayor frecuencia durante el proceso de dilatación (55%) y la labor de parto (27%), siendo el médico (46%) y la enfermera (27%) los principales responsables. Como advierte Lamas (2013), estas prácticas derivan de una cultura médica patriarcal donde el cuerpo femenino es concebido como un objeto de intervención, y no como un sujeto de derechos.

Otro de los objetivos específicos de esta tesis fue investigar el conocimiento y la percepción que tienen las mujeres que acuden a solicitar servicios a la Secretaría de las Mujeres del Municipio de Apodaca y al Instituto de las Mujeres del Municipio de Cadereyta Jiménez sobre la violencia obstétrica.

Respecto al ***conocimiento y percepción de la violencia obstétrica***, se identificó un amplio desconocimiento del concepto entre las participantes (66.7%). Muchas mujeres no reconocieron haber sido víctimas hasta después de responder la encuesta, lo que evidencia un proceso de naturalización del maltrato obstétrico, fenómeno ampliamente documentado por Castro y Erviti (2015), quienes sostienen que el poder médico institucional se mantiene en gran medida gracias a la aceptación social de la desigualdad y al silenciamiento de las experiencias de las mujeres.

Como se señaló previamente, los datos obtenidos permitieron identificar un elevado nivel de desconocimiento entre las mujeres respecto a la violencia obstétrica. Asimismo, se encontró que las participantes desconocen los procedimientos para presentar una denuncia y las instancias a las que pueden acudir en caso de haber sido víctimas de esta forma de violencia. En este sentido, 18.7 % de las mujeres manifestó no saber dónde denunciar ni qué proceso deben seguir ante una situación de violencia obstétrica.

La percepción que tuvieron las mujeres sobre la violencia obstétrica permitió detectar aspectos relacionados con la naturalización de esta forma de violencia, ya que se pudo identificar (74.7%) de la muestra de mujeres participantes consideraron un hecho normal que el personal de salud insulte a las mujeres parturientas. Lo anterior podría obedecer a la naturalización de la violencia obstétrica, dado que los maltratos obstétricos que ejercen los profesionales de la salud desde la perspectiva de las encuestadas son vistos como conductas “normales”, es decir, la intencionalidad del daño no es reconocido y por lo tanto es naturalizado.

En cuanto a las ***acciones sancionatorias***, la mayoría de las mujeres (84%) opinó que deben existir sanciones legales para los profesionales que ejerzan violencia obstétrica, y 73.4% consideró que tales actos deberían castigarse con cárcel. Estas percepciones coinciden con lo planteado por Barbosa y Modena (2018), quienes sostienen que la existencia de regulaciones y sanciones legales efectivas es un componente indispensable para erradicar esta forma de violencia estructural.

La *mala calidad de la atención obstétrica* fue otro de los temas que resaltó en este estudio, misma que las participantes relacionaron principalmente con el tiempo de espera para ser atendidas, por lo que (53.3%) de las encuestadas consideraron que la atención y el trato en los servicios médicos obstétricos recibidos durante su último parto fue desagradable.

A partir de estos hallazgos, se identificó que la violencia psicológica, física y la negligencia médica son las formas más prevalentes de violencia obstétrica, seguidas de prácticas coercitivas, discriminación social y violencia sexual. Asimismo, fue posible documentar manifestaciones específicas de cada tipo de violencia, así como los momentos del proceso obstétrico en los que ocurren con mayor frecuencia y los actores involucrados. De manera complementaria, se evidenció un amplio desconocimiento del concepto de violencia obstétrica, acompañado de naturalización, lo que limita su reconocimiento y dificulta su denuncia.

Un aspecto relevante de los resultados es que el personal de salud de género femenino fue identificado con mayor frecuencia como el grupo que ejerció conductas de violencia obstétrica. Este hallazgo no debe interpretarse como una evidencia de que las mujeres sean más propensas a ejercer violencia, sino como un reflejo de la composición del personal que participa directamente en la atención obstétrica, donde históricamente existe una importante presencia de mujeres, particularmente en áreas como enfermería, obstetricia y atención médica especializada. Además, desde la perspectiva de la violencia estructural, las prácticas de maltrato o vulneración de derechos pueden ser reproducidas por cualquier integrante del sistema de salud, independientemente de su género, al encontrarse inmersos en instituciones que normalizan determinadas formas de atención. En este sentido, el hecho de que las mujeres hayan sido identificadas con mayor frecuencia como perpetradoras de estas prácticas puede estar asociado a su mayor interacción con las usuarias durante el proceso de atención, más que a una condición inherente vinculada al género.

Por otra parte, las relaciones de poder y las dinámicas institucionales pueden propiciar que las personas reproduzcan patrones de conducta aprendidos y socialmente legitimados, incluso cuando estos afectan a otras mujeres. Por ello, la violencia obstétrica debe analizarse como un problema sistémico, sustentado en estructuras organizacionales y culturales que trascienden las características individuales de quienes participan en la atención de la salud reproductiva.

Los resultados obtenidos permiten reflexionar sobre la violencia obstétrica como un fenómeno que trasciende las experiencias individuales y que debe ser comprendido como una expresión de violencia estructural. Su persistencia responde a condiciones institucionales, organizacionales y socioculturales que favorecen la naturalización de prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica. En este sentido, la violencia obstétrica se inserta en un contexto más amplio de desigualdades de género y relaciones de poder que históricamente han condicionado la atención de la salud reproductiva. Reconocer su carácter estructural implica asumir la necesidad de impulsar cambios en las políticas públicas, los modelos de atención, la formación del personal de salud

y los mecanismos de rendición de cuentas, con el objetivo de garantizar una atención respetuosa, libre de discriminación y centrada en los derechos humanos de las mujeres.

Los resultados de esta investigación constituyen un primer acercamiento empírico al estudio de la violencia obstétrica en los municipios analizados y ponen de manifiesto la persistencia de prácticas que vulneran los derechos de las mujeres durante la atención obstétrica. Estos resultados evidencian la necesidad de continuar generando conocimiento sobre el fenómeno mediante investigaciones con diseños metodológicos más amplios, muestras representativas y enfoques interseccionales que permitan comprender la complejidad de los factores institucionales, sociales, culturales y de género involucrados. Fortalecer la investigación en esta materia resulta fundamental para impulsar políticas públicas, acciones de prevención y mecanismos de atención que contribuyan a la erradicación de la violencia obstétrica y a la garantía de una atención respetuosa, digna y libre de violencia para todas las mujeres.

Este panorama permite delinear diversas líneas de investigación orientadas a profundizar en el estudio del fenómeno. En primer lugar, se requieren estudios con mayor cobertura territorial que posibiliten la generalización de los resultados y la comparación entre contextos urbanos y rurales. En segundo lugar, resulta pertinente desarrollar investigaciones con enfoques mixtos que integren análisis cuantitativos y cualitativos, con el fin de comprender con mayor profundidad las experiencias subjetivas de las mujeres. Asimismo, es necesario incorporar una perspectiva interseccional que contemple variables como la clase social, la edad, el nivel educativo, la pertenencia étnica y la condición migratoria. De igual forma, se considera relevante analizar el rol del personal de salud, explorando sus percepciones, prácticas institucionales y condiciones laborales en relación con la reproducción de la violencia obstétrica. Finalmente, se sugiere evaluar el impacto de políticas públicas y programas de atención humanizada del parto, así como profundizar en el estudio de los mecanismos de denuncia, el acceso a la justicia y los procesos de reparación del daño.

En este contexto, la investigación adquiere relevancia para el trabajo social como disciplina, al generar implicaciones en los planos teórico, político y social. En el plano teórico, contribuye a comprender la violencia obstétrica como un fenómeno estructural vinculado con relaciones de poder y desigualdades de género, fortaleciendo su análisis desde la articulación entre salud, derechos humanos y género. En el plano político, evidencia la necesidad de posicionar esta problemática en la agenda pública, impulsando marcos normativos, políticas institucionales y mecanismos de rendición de cuentas que garanticen una atención digna y libre de violencia. En el plano social, los resultados permiten visibilizar experiencias históricamente normalizadas, favoreciendo el reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos en el ámbito de la salud reproductiva.

En cuanto a sus aportes, la presente tesis contribuye al campo del trabajo social al generar evidencia empírica sobre la violencia obstétrica en un contexto local específico, lo que permite comprender su manifestación en instituciones concretas y en la vida cotidiana de las mujeres. Asimismo, ofrece elementos sustantivos para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas sociales, particularmente en materia de salud reproductiva, al identificar problemáticas como la falta de información, la normalización del maltrato y las deficiencias en la calidad de la atención.

Finalmente, el estudio refuerza el papel del trabajo social como una disciplina estratégica en la intervención institucional, al destacar su potencial en la promoción de derechos, el acompañamiento a las usuarias, la prevención de la violencia y la articulación entre actores sociales e institucionales. En síntesis, esta investigación no solo aporta a la comprensión de un problema social relevante, sino que también plantea elementos concretos para su transformación desde una perspectiva de derechos humanos y justicia social.

PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN

Recomendaciones de política pública para la prevención de la violencia obstétrica en nuevo león: una propuesta desde el enfoque de derechos humanos y género

La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública y de derechos humanos que revela fallas estructurales en los sistemas de salud y en las relaciones de poder que configuran la atención reproductiva. A partir de los hallazgos del estudio, se presentan propuestas de política pública orientadas a transformar las condiciones institucionales, profesionales y socioculturales que permiten la reproducción de prácticas violentas en los servicios obstétricos.

1. Fortalecimiento estructural e institucional del sistema de salud

Para garantizar una atención obstétrica digna, resulta indispensable mejorar las condiciones materiales e institucionales en las que se brinda la atención. Esto incluye asegurar infraestructura adecuada, espacios higiénicos, privacidad y disponibilidad suficiente de recursos humanos.

La literatura señala que las deficiencias estructurales como hacinamiento, sobrecarga laboral y falta de insumos son factores que favorecen tratos deshumanizados (Bowser y Hill, 2010). En este sentido, la inversión pública debe orientarse no solo a incrementar la cobertura, sino a fortalecer la calidad de los servicios, garantizando condiciones laborales dignas para el personal y ambientes seguros para las usuarias.

Recomendaciones:

- Incrementar el presupuesto destinado a infraestructura obstétrica y equipamiento.
- Implementar mecanismos de evaluación periódica de calidad y seguridad.
- Establecer estándares mínimos obligatorios de privacidad y condiciones sanitarias.
- Garantizar plantillas suficientes de personal para evitar la saturación de servicios.

2. Profesionalización, capacitación y sensibilización del personal de salud

El estudio evidencia la necesidad de promover procesos de formación continua basados en un enfoque de derechos humanos, género y trato humanizado. Las participantes señalaron prácticas rutinarias que se sustentan en relaciones asimétricas de poder, coincidiendo con Castro y Erviti (2015), quienes afirman que la violencia obstétrica se sostiene en estructuras jerárquicas.

Recomendaciones:

- Diseñar e implementar programas permanentes de capacitación en:
 - ✓ Parto humanizado.
 - ✓ Técnicas de atención fisiológica.
 - ✓ Comunicación empática.

- ✓ Derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Ética profesional.
- Incorporar estos contenidos en los planes de estudio de medicina, enfermería y obstetricia.
- Establecer mecanismos obligatorios de certificación y recertificación en trato digno.
- Promover talleres interdisciplinarios que involucren a personal médico, de enfermería y administrativo.

3. Acceso a información, empoderamiento y mecanismos efectivos de justicia

La falta de información sobre qué constituye violencia obstétrica y sobre los mecanismos de denuncia reproduce la vulnerabilidad de las mujeres. Tal como señalan Lamas (2013) y Lagarde (2006), el empoderamiento requiere fortalecer la capacidad de agencia frente a las estructuras de poder.

Recomendaciones:

- Crear campañas de difusión masivas sobre derechos reproductivos, parto humanizado y rutas de denuncia.
- Incorporar materiales informativos accesibles en todas las áreas de atención prenatal y obstétrica.
- Establecer unidades de denuncia dentro de cada institución pública y privada, con atención inmediata y acompañamiento psicosocial y jurídica.
- Asegurar que estas unidades tengan facultades para supervisar el cumplimiento de protocolos y canalizar casos a autoridades competentes.

4. Transversalización del enfoque de derechos humanos y género en las políticas públicas de salud

La Organización Mundial de la Salud y el Comité CEDAW reconocen que el trato irrespetuoso durante el parto constituye una violación a los derechos humanos. Por ello, se requieren transformaciones institucionales profundas.

Recomendaciones:

- Revisar y actualizar los protocolos de atención obstétrica con enfoque de género.
- Establecer mecanismos de sanción claros ante prácticas violentas.
- Conformar un grupo multidisciplinario para analizar:
 - ✓ La pertinencia de tipificar la violencia obstétrica en el Código Penal de Nuevo León.
 - ✓ La creación de una Ley General sobre Parto Humanizado y Derechos Reproductivos.
 - ✓ La integración de modelos de atención basados en la partería tradicional para partos de bajo riesgo.

5. Participación activa de las mujeres y fortalecimiento del tejido social

La exigibilidad de derechos es un tema que se requiere impulsar, en ese sentido, se considera que el activismo y la participación social es un mecanismo para visibilizar y atender en el tema de la violencia obstétrica, por lo que se sugiere que el Estado reconozca, respete, apoye e incentive el trabajo que realizan las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, así como los grupos de activistas que velan y exigen el respeto de los derechos humanos de las mujeres, ya que el activismo es una forma de mostrar las diversas formas de resistencia ante las violencias y con ello se hace visible la exigibilidad de derechos de las mujeres.

La transformación de las prácticas institucionales requiere incorporar la voz de las mujeres, tanto en la toma de decisiones como en el monitoreo de las políticas públicas. Siguiendo a Foucault (1976), el poder se reproduce en prácticas discursivas e institucionales; por tanto, abrir espacios para que las mujeres resignifiquen sus experiencias es central para recuperar su agencia.

Recomendaciones:

- Crear mecanismos formales de participación social en la evaluación de servicios obstétricos.
- Reconocer e impulsar el trabajo de organizaciones civiles y colectivos de mujeres.
- Generar observatorios ciudadanos para evaluar la calidad de la atención obstétrica.
- Incluir a usuarias en comités hospitalarios y mesas de diálogo para rediseñar modelos de atención.

La violencia obstétrica es un fenómeno complejo que requiere intervenciones articuladas entre salud, género, derecho, sociología, trabajo social, psicología, entre otros. Fortalecer la infraestructura, transformar la formación profesional, garantizar el acceso a la justicia, transversalizar el enfoque de derechos humanos e incorporar la voz de las mujeres son acciones indispensables para avanzar hacia una maternidad libre de violencia.

Se recomienda impulsar investigaciones cualitativas y multidisciplinarias que profundicen en las dinámicas estructurales y relacionales que configuran la atención obstétrica en Nuevo León. Los hallazgos de este estudio aportan una base sólida para el diseño de políticas públicas orientadas a garantizar una atención digna, humanizada y respetuosa de los derechos de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH (2010) (en línea). *Proyecto de Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8338.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2012/8338> Página consultada el 20 de octubre de 2019.
- Afonso, E.M. y Y.T. Nobalbo (2012) (en línea). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. *Humanidades Médicas*, 12(2), 252-261. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200008&lng=es&tlng=es. Página consultada el 20 de marzo de 2020.
- Almaguer, J.A., H.J. García y V. Vargas (2010) (en línea). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. En: Secretaría de Salud (2010). *Género y salud en cifras*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/revistacompleta-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembrediciembre-2010> Página consultada el 15 de octubre de 2019.
- Animalpolítico. Centro de prensa 19 de enero (2019) (en línea). *La violencia obstétrica de las cesáreas innecesarias*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/diversidades-fluidas/la-violencia-obstetrica-de-las-cesareas-innecesarias-en-mexico/> Página consultada el 10 de febrero de 2020.
- Aranda-Téllez, C. A., y Yam-Chalé, H. A. (2020) (en línea). Violencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales. *Salud Pública De México*, 62(3, may-jun), 232. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/11164> Página consultada el 8 de febrero de 2022.
- Barbosa, D.M. y C.M. Modena (2018) (en línea). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlac/v26/es_0104-1169-rlac-26-e3069.pdf Página consultada el 20 de octubre de 2022.
- Becerra-Chauca, N. y Failoc-Rojas, V. E. (2019) (en línea). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog192d.pdf> Página consultada el 8 de febrero de 2022.
- Bernal, C. y C.N. Escobedo (2018) (en línea). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Revista Salud Quintana Roo*. Vol. 11. N° 40 (septiembre-diciembre 2018). Pp. 28-33. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4.%20CES%C3%81REA%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL.pdf> Página consultada el 10 de febrero de 2020.
- Berzaín, M.C. y L.A. Camacho (2014) (en línea). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011 Página consultada el 03 de abril de 2020.
- Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Brooker, C. (2010). *Diccionario médico*. Colombia, Bogotá. Ed: Manual Moderno.

- Bowser, D., y Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. USAID–Traction Project, Harvard School of Public Health.
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015) (en línea). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/279/27937090009.pdf> Página consultada el 20 de diciembre de 2021.
- Cámara de Diputados. (2022). Mala operación del INSABI deja sin atención a grupos vulnerables. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2022/Enero/08/1501-Mala-operacion-del-Insabi-deja-sin-atencion-a-grupos-vulnerables-senala-Marcela-Guerra> Página consultada el 20 de abril 2022.
- Castro, R. (2011). Dificultades en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En: Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires.
- (2014) (en línea). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001 Página consultada el 12 de abril de 2020.
- Castro, R. y J. Erviti (2015) (en línea). *Sociología de la práctica médica autoritaria Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crimunam/20170511032438/pdf_1464.pdf Página consultada el 20 de octubre de 2019.
- CEAMEG (2010) (en línea). *La violencia en contra de las mujeres marco jurídico nacional e internacional*. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. Disponible en: http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/lxi/marcjur_viol_convmujr.pdf Página consultada el 25 de enero de 2020.
- CNDH (2019) (en línea). *Dirige CNDH tres recomendaciones al IMSS por violaciones a derechos humanos atribuibles a personal médico de hospitales de ese instituto en Sonora, Ciudad de México y Baja California Sur*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/dirige-cndh-tres-recomendaciones-al-imss-por-violaciones-derechos-humanos-atribuibles> Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Código Penal del Estado de Aguascalientes. (2022). Disponible en: <https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-4-11.pdf> Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Código Penal del Estado de México. (2017). Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatat/Estado%20de%20Mexico/w029386.pdf> Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Código Penal para el Estado de Chiapas. (2020). Disponible en: <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=>

- [Dxg6iFApyzNofbJ0DboXWqsXP9dDgrxyJVOr/QYMcFbKEghrXwI3fmybKVS263pO](https://www.congresogro.gob.mx/legislacion/codigos/ARCHI/CODIGO-PENAL-PARA-EL-ESTADO-LIBRE-Y-SOBERANO-DE-GUERRERO-499-2021-03-10.pdf) Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero. (2020). Disponible en: <https://congresogro.gob.mx/legislacion/codigos/ARCHI/CODIGO-PENAL-PARA-EL-ESTADO-LIBRE-Y-SOBERANO-DE-GUERRERO-499-2021-03-10.pdf> Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Código Penal para el estado libre y soberano de Quintana Roo. (2018). Disponible en: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/codigos/C6-XV-20180427-157.pdf> Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. (2021). Disponible en: <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/CPENAL10032021F.pdf> Página consultada el 20 de abril del 2022.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2021) (en línea). Recomendación No. 14 /2021. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-04/REC_2021_014.pdf Página consultada el 5 de febrero de 2022.
- CONAMED (2016) (en línea). *El Acto Médico: Error y la mal praxis*. Consejo Nacional de Arbitraje Médico. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/acto_medico.pdf Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- CONAPO (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*. Consejo Nacional de la Población. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf Página consultada el 5 de febrero de 2020.
- (2019) (en línea). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo>
- CONEVAL (2015) (en línea). *Pobreza a nivel municipio 2015 Nuevo León*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/NuevoLeon/Paginas/pobreza_municipal2015.aspx Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Congreso del estado de Guanajuato (2010) (en línea). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato*. Disponible en: https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/sites/default/files/documentos/2018_GOBIERNO_GTO_Ley_acceso_mujeres_vida_libre_violencia_reforma_20180918.pdf Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Congreso del Estado de Nuevo León (2007) (en línea). *Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Nuevo León*. Disponible en: http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/ Página consultada el 02 de mayo de 2020.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 13-04-2011. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Normatividad/Leyes/Constitucion_Politica_de_los_Estados_Unidos_Mexicanos.pdf Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Constitución Política Del Estado Libre y Soberano De Nuevo León (2021). Periódico Oficial del Estado. Última reforma publicada P.O. 31-12-2021. Disponible en: http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/CONSTITUCION%20POLITICA

[ICA%20DEL%20ESTADO%20LIBRE%20Y%20SOBERANO%20DE%20NUEVO%20LEON.pdf?2021-12-31](#) Página consultada el 15 de marzo del 2022.

Crespo, D.N., B.M. Sánchez y D.P. Domínguez (2018) (en línea). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento* (Edición núm. 21) Vol. 3, No 7. Julio 2018, pp. 347-361. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335672471_La_violencia_obstetrica_como_elemento_deshumanizador_del_parto Página consultada el 5 de febrero de 2020.

Creswell, J.W. (2012). *Educational Research. Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. University of Nebraska–Lincoln. Ed: Pearson.

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C. Y., & Dashe, J. (2014). *Williams obstetricia, 24e*. New York, NY, USA: Mcgraw-hill.

Da-Silva, I. y R. Santana (2017) (en línea). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería global*, Vol.16, N°47, Murcia jul. 2017 Epub 01-Jul-2017, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071 Página consultada el 25 de octubre de 2019.

Díaz, C. R. (2011) (en línea). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas prof*, 12(3), 82-89. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/kristeller_revision-evidencias.pdf Página consultada el 8 de febrero de 2022.

Figueroa, O.E., R. Hurtado, D.G. Valenzuela, J.D. Bernal, C.D. Duarte y F.A. Cázares (2019) (en línea). *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses*. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71> Página consultada el 27 de octubre de 2019.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.

Fletes, C. A. O., Ávila, C. A. B., Hernández, Y. T., Moncada, M. E. R., & Mendoza, R. E. L. (2021) (en línea). Caracterización de mujeres en trabajo de parto a las que se les aplicó Maniobra Kristeller. *Revista de Ciencias Forenses de Honduras*, 7(1), 15-22. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RCFH/article/view/11640/13455> Página consultada el 8 de febrero de 2022.

Frutos, M. (2012). *Las violencias de cada día: una aproximación conceptual en Marginación, violencia y salud: algunos aspectos objetivos y subjetivos*. Universidad Autónoma del Carmen.

GIRE (2010-2021). El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes. https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GIRE_INFORME_2021.pdf Página consultada el 30 de marzo del 2022.

— (2015) (en línea). *Violencia obstétrica un enfoque de derechos humanos*. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf> Página consultada el 10 de octubre de 2019.

- (2020) (en línea). *Causales del aborto en Códigos Penales Estatales*. Disponible en: <https://gire.org.mx/consultations/causales-de-aborto-en-codigos-penales-estatales/?type=aborto-legal-y-seguro> Página consultada el 13 de abril de 2020.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.
- Gruenberg, C. (2016). Tomando en serio el sufrimiento: la mortalidad materna como una forma letal de violencia de género. En: Díaz, D. y Gruenberg, C. (2016) (Coords.). *Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamiento desde los derechos humanos*. México: Ed: Gedisa, S. A. Pág. 29-59.
- Grupo Parlamentario de Morena (2016) (en línea). *Iniciativa que adiciona el artículo 6 de la ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, a cargo de la diputada Mildred Concepción Ávila Vera, del Grupo Parlamentario de Morena*. Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3871930_20190429_1556225465.pdf Página consultada el 18 de octubre de 2019.
- Guerrero, R.N., J.C. Hernández, L.I. Hernández y G.R. Aragón (2019) (en línea). Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. *Avan C Salud Med* 2019; 7 (1):23-32. Disponible en: <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/12/Acs191-05o.pdf> Página consultada el 04 de abril de 2020.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F. McGraw-Hill, 5a edición.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F. McGraw-Hill, 6a edición.
- Hilal-Dandan, R. y Brunton, L. (2015). *Goodman & Gilman Manual de farmacología y terapéutica*. 2ª ed. México: McGrawHill-Interamericana.
- INEGI (2015) (en línea). *Información por entidad*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/territorio/default.aspx?tema%20=me&e=19> Página consultada el 17 de febrero de 2020.
- (2017) (en línea). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf Página consultada el 22 de octubre de 2022.
- (2021) (en línea). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf Página consultada el 20 de enero de 2024.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019) (en línea). Guía de Práctica Clínica “vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf> Página consultada el 07 de febrero del 2022.
- Kuznik, A, Hurtado, A. y Espinal. A. (2010). El uso de la encuesta de tipo social en Traductología. Características metodológicas MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación, núm. 2, 2010, pp. 315-344 Universitat de València Alicante, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2651/265119729015.pdf> Página consultada el 15 de agosto de 2022.

- Lagarde, M. (2008). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, M. (2013). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Taurus.
- Lázaro, J. y D. Gracia (2006) (en línea). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl. 3), 7-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&tlng=es. Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Ley de Asistencia Social (2021). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 20-05-2021. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_200521.pdf Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2019). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 29-11-2019. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_291119.pdf Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Ley del Seguro Social (2021) Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 31-07-2021. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf> Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Ley Estatal de Salud (2022). Periódico Oficial del Estado. Última reforma publicada P.O. 23-02-2022. Disponible en: http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/CONSTITUCION%20POLITICA%20DEL%20ESTADO%20LIBRE%20Y%20SOBERANO%20DE%20NUEVO%20LEON.pdf?2021-12-31 Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia (2015). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 17-12-2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf Página consultada el 15 de marzo del 2022.
- Ley General de Salud (2009). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 30-12-2009. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Normatividad/Leyes/Ley_General_de_Salud.pdf Página consultada el 08 de marzo del 2022.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2021). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 21-10-2021. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf> Página consultada el 08 de marzo del 2022.
- López, E. R. E. y Deslauriers, J.P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. Margen 61. Disponible en: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx:8080/jspui/handle/123456789/2711> Página consultada el 15 de agosto de 2022.
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press.

- Meza, A., S. Mancinas, S. Meneses y D. Meléndez (2015) (en línea). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 37. (4/5): 360–64. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/360-364> Página consultada el 02 de abril de 2020.
- Milenio. (2021). El fracaso del INSABI. Disponible en: <https://www.milenio.com/opinion/ricardo-raphael/politica-zoom/el-fracaso-del-insabi> Página consultada el 10 de abril del 2022.
- Montaño, C. (2005). *Tercer sector y cuestión social. Crítica al patrón emergente de intervención social*. Sao Paulo: Ed. Cortez.
- Neurología.com (2009) (en línea). *La atrofia cortical y subcortical participa en la amnesia de la esclerosis múltiple*. Revista de neurología online. Disponible en: <https://www.neurologia.com/noticia/1399/la-atrofia-cortical-y-subcortical-participa-en-la-amnesia-de-la-esclerosis-multiple> Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- NOM-007-SSA2-2016 (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. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo%2C%20parto%20y%20puerperio.pdf> Página consultada el 10 de abril del 2022.
- Noreña, A.L., N. Alcaraz, J.G. Rojas y D. Rebolledo. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Disponible en: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/art%C3%ADculo_redalyc_74124948006.pdf Página consultada el 15 de agosto de 2022.
- OEA (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia. 1948. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaraci%C3%B3n_americana_de_los_derechos_y_deberes_del_hombre_1948.pdf Página consultada el 01 de marzo del 2022.
- (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/227/protocolo-adicional.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Página consultada el 01 de marzo del 2022.
- (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf> Página consultada el 01 de marzo del 2022.
- (1995) (en línea). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, (Convención de Belem Do Para)*. Organización de los Estados Americanos. Disponible en:

- https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf Página consultada el 10 de enero de 2020.
- OMS (2002) (en línea). *Violencia infligida por la pareja*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23946&lang=es Página consultada el 15 de noviembre de 2019.
- (2003) (en línea). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf Página consultada el 5 de enero de 2020.
- (2005) (en línea). *Mortalidad materna en 2005*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43849/9789243596211_spa.pdf?sequence=1 Página consultada el 17 de octubre de 2019.
- (2014) (en línea). *Documentos básicos*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> Página consultada el 15 de enero de 2020.
- (2014) (en línea). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1 Página consultada el 15 de enero de 2020.
- (2015) (en línea). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/ Página consultada el 20 de enero de 2020.
- (2017) (en línea). *Salud y derechos humanos*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> Página consultada el 15 de enero de 2020.
- (2019) (en línea). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Página consultada el 15 de octubre de 2019.
- (2019) (en línea). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/> Página consultada el 10 de abril de 2020.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, Asamblea General, Resolución 217ª (III). Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf Página consultada el 01 de marzo del 2022.
- (1966) (en línea). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx> Página consultada el 20 de marzo de 2020.

- (1979) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General en su resolución 34/180, New York. 18 de diciembre de 1979. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf Página consultada el 07 de marzo del 2022.
- (1989) Convención sobre los Derechos del Niño, New York. 20 de noviembre de 1989. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf> Página consultada el 07 de marzo del 2022.
- (1992) (en línea). *Recomendación Número 19*. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: http://archive.ipu.org/splz-e/cuenca10/cedaw_19.pdf Página consultada el 25 de enero de 2020.
- (2000) (en línea). *Observación general N° 14*. Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451> Página consultada el 20 de marzo de 2020.
- (2016), Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago. Mayo 2016. Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/planes-y-programas/Agenda-2030-y-los-ODS.pdf> Página consultada el 07 de marzo del 2022.
- (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfdJ4z4216PjNj67NdUrGT87> Página consultada el 07 de marzo del 2022.
- Organización Mundial de la Salud (1996) (en línea). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf. Página consultada el 20 de diciembre de 2021.
- Organización Panamericana de la Salud (2019) (en línea). Recomendaciones de la OMS: *cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington D. C. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y Página consultada el 20 de diciembre de 2021.
- Parra, M.L. y Briceño, I.I. (2013). *Aspectos éticos en la investigación cualitativa*. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133b.pdf> Página consultada el 22 de octubre de 2022.
- Pisanty, J. (2017) (en línea). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Pública de México*, Vol. 59, N° 6, noviembre-diciembre de 2017. Pp. 639-649. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8788> Página consultada el 15 de septiembre de 2019.

- Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021 (en línea). *Programa Especial de Fortalecimiento Municipal y Desarrollo Regional*. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/programa_municipal_y_des_regional.pdf
Página consultada el 22 de enero de 2020.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (12 de junio de 2019) Diario Oficial de la Federación. Disponible en: <https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf> Página consultada el 07 de marzo del 2022.
- Programa para la Convivencia Ciudadana (2012) (en línea). *Plan maestro comunitario de prevención del delito y la violencia. Polígono la Alianza Real*. Disponible en: http://mexicosos.org/descargas/dossier/estudios/plan_maestro_monterrey_la_alianza.pdf Página consultada el 11 de abril de 2020.
- Rangel da Silva, L., De Souza Serrano, N., & Moreira Christoffel, M. (2006) (en línea). La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería Global*, 5(2). Recuperado de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/307/285> Página consultada el 07 de febrero del 2022.
- Ribeiro, M. (1989). *Familia y fecundidad en dos municipios del área metropolitana de Monterrey*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- (2011). *Diagnóstico de la familia de Nuevo León*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rodríguez, M.A. (2008) (en línea). *Relación médico-paciente*. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf
Página consultada el 28 de marzo de 2020.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002> Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Secretaría de Desarrollo Social (2010) (en línea). *Catálogo de localidades*. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=19&mun=010> Página consultada el 25 de marzo de 2020.
- Secretaría de Salud (2009) (en línea). *Convenio General de colaboración que celebró la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para la Atención de las Emergencias Obstétricas*. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ConvenioEO.pdf> Página consultada el 18 de octubre de 2019.
- (2010) (en línea). Género y salud en cifras. *Revista completa Género y Salud en Cifras*. Vol. 8 N° 3 Septiembre - Diciembre 2010. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegrs/documentos/revista-completa-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembre-diciembre-2010> Página consultada el 08 de abril de 2020.
- (2013) (en línea). *Cesárea segura. Lineamiento técnico*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf
Página consultada el 15 de febrero de 2020.

- (2014) (en línea). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejoDelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf Página consultada el 08 de abril de 2020.
- (2014) (en línea). *Guía de Práctica Clínica sobre Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/Vigilancia%20y%20Manejo%20del%20Trabajo%20de%20Parto%20en%20Embarazo%20de%20Bajo%20Riesgo.pdf Página consultada el 5 de febrero de 2022.
- Silva, G., Villa. P.M. y Carvajal, A.S. (2017) (en línea). Amniotomía como método de inducción del parto. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/amniotomia-metodo-de-induccion-de-parto/> Página consultada el 07 de febrero del 2022.
- Smyth, R.M.D., Markham. C. y Dowswell, T. (2013) (en línea). Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. Recuperado de: https://www.cochrane.org/es/CD006167/PREG_amniotomia-para-acortar-el-trabajo-de-parto-espontaneo#:~:text=El%20objetivo%20primario%20de%20la,mujer%20y%20el%20reci%C3%A9n%20nacido. Página consultada el 07 de febrero del 2022.
- Sosa, I.A. (2018) (en línea). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28(55), 87-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172018000100087 Página consultada el 08 de abril de 2020.
- Soto-Toussaint, L.H. (2016) (en línea). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología. Aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia*. Vol. 39. Supl. 1 Abril-Junio 2016. Pp S55-S60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf> Página consultada el 06 de abril de 2020.
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. Disponible en: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1467#:~:text=Muestreo%20por%20conveniencia,de%20manera%20r%C3%A1pida%20y%20econ%C3%B3mica> Página consultada el 15 de agosto de 2022.
- Távora, L. (2003) (en línea). Algunas controversias en la práctica de la obstetricia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 49(2), 124-130. Recuperado de: <http://mail.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/520/487> Página consultada el 07 de febrero del 2022.
- Torres, M. (2006) (Coord.). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México A.C.
- UNESCO (2005) Declaración Universal Sobre Bioética Y Derechos Humanos. Conferencia General de la UNESCO. Paris. 19 de octubre de 2005. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf> Página consultada el 07 de marzo del 2022.

- UNIFEM (2017) (en línea). *Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer*. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/fond/unifem.htm> Página consultada el 04 de diciembre de 2019.
- Valdez, E. Hidalgo, M. Mojarro y L.M. Arenas (2016) (en línea). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*. 2016; 21 (Suppl: 1): 26-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161c.pdf> Página consultada el 23 de octubre de 2019.
- Valdez, R. (2006). Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia en México. En: M. Torres (2006) (Coord.). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El colegio de México, A.C. Pág. 417-447.
- Ventura, W. y N. Lam-Figueroa (2008) (en línea). ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo?: Una revisión de la literatura. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (2), 127-129. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n2/a12v69n2.pdf> Página consultada el 04 de abril de 2020.
- Yamin, A.E. (2016). Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamiento desde los derechos humanos. En: Díaz, D. y C. Gruenberg (2016). *Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamiento desde los derechos humanos*. México. Ed: Gedisa, S. A. Pág. 11-17.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento para la recolección de los datos sobre la Violencia Obstétrica.



FTSyDH

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO ENCUESTA PARA MEDIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN NUEVO LEÓN

Mi nombre es Silvia Solís Falcón, soy estudiante de doctorado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL y estoy realizando una investigación sobre las experiencias de las mujeres antes, durante y después del parto. Le agradecemos acceda a respondernos algunas preguntas sobre el tema. La información que proporcione será estrictamente confidencial y solamente se utilizará para fines académicos.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN									
Número de expediente/Nombre									
Fecha de aplicación				Hora de inicio			Hora de término		
Día	Mes	Año		Horas	Minutos		Horas	Minutos	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS									
V1. Edad (años cumplidos)	V2. Lugar de origen, ¿En dónde nació UD?	V3. ¿Municipio en dónde vive actualmente?	V4. Nacionalidad		V5. Estado Civil 1 Soltera 5 Divorciada 2 Casada 6 Viuda 3 Unión Libre 7 Otra 4 Separada				
V6. ¿Habla usted alguna lengua? 1. Sí 2. No			V7. Nivel educativo 1. Primaria completa o menos 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado 6. Carrera técnica			V8. Ocupación 1. Empleada 4. Ama de casa 2. Obrera 5. Desempleada 3. Comerciante 6. Otro (Especificar)			
V9. ¿Con que tipo de seguridad social cuenta? 1. IMSS 2. ISSSTE 3. ISSSTE estatal 4. Ninguno 5. Otro (Especificar)			V10. Número de hijos 1. Uno 4. Cuatro 2. Dos 5. Cinco 3. Tres 6. Otro (Especificar)			V11. Todos sus hijos son del mismo padre o ¿tiene hijos de más de una pareja? 1. Mismo padre 2. Distinto padre			
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS									
V12. ¿Es la primera vez que se embaraza? 1. Sí 2. No			V13. ¿Cuántas veces más se ha embarazado? 1. Una vez 4. Cuatro veces 2. Dos veces 5. Cinco veces 3. Tres veces 6. Otro (Especificar)			V14. ¿Cuántos hijos nacieron vivos? 1. Uno 4. Cuatro 2. Dos 5. Cinco 3. Tres 6. Otro (Especificar)		V15. ¿Cuántos hijos no nacieron vivos? 1. Uno 4. Cuatro 2. Dos 5. Cinco 3. Tres 6. Otro (Especificar)	
V16. ¿Cuántos partos naturales ha tenido? 1. Ninguno 4. Tres 2. Uno 5. Cuatro 3. Dos 6. Otro (Especificar)			V17. ¿Cuántos partos por cesárea ha tenido? 1. Ninguno 4. Tres 2. Uno 5. Cuatro 3. Dos 6. Otro (Especificar)			V18. ¿Cuántos abortos ha tenido? 1. Ninguno 4. Tres 2. Uno 5. Cuatro 3. Dos 6. Otro (Especificar)		V19. El aborto o los abortos fueron: 1. Inducidos 2. Por violencia 3. Espontáneos 4. Por otras causas (Especificar)	

V20. ¿Hace cuánto tiempo (en años) tuvo a su último hijo/a? 1. Un año 4. Cuatro años 2. Dos años 5. Cinco años 3. Tres años	V21. ¿A qué edad fue su primer parto?	V22. ¿A qué edad fue su último parto?	V23. Su último parto ¿fue natural o por cesárea? 1. Natural 2. Cesárea
V24. Cuando tuvo a su último hijo/a ¿en qué tipo de institución se atendió? 1. Pública 2. Privada	V25. Durante su último embarazo, ¿dónde atendieron su control prenatal? 1. Centro de salud 6. Clínica o dispensario médico 2. Clínica del IMSS 7. Hospital, clínica o médico particular 3. Clínica del ISSSTE 8. Partera 4. Clínica del ISSSTE del estado 9. Consultorio de farmacia (del Ahorro, Similares, etc.) 5. Hospital o clínica pública 10. Nadie la atendió		
V26. ¿Dónde fue atendida en su último parto? 1. Centro de salud 2. Hospital o Clínica del IMSS 3. Hospital o Clínica del ISSSTE 4. Hospital o Clínica del ISSSTE del estado 5. Otro hospital o clínica pública del estado 6. Hospital o Clínica privada 7. Consultorio médico particular 8. En casa con partera 9. Nadie la atendió, dio a luz sola 10. Otro (Especificar)	V27. Durante su último parto ¿Cómo considera que fue la atención que recibió? 1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Otra (Especificar)		
V28. Después de haber respondido lo anterior, porque considera que la atención recibida fue de esa manera: 1. Porque me trataron mal 2. Porque se tardaron mucho tiempo en atenderme 3. Porque no me hacían caso 4. Otra (Especificar)	V29. ¿Actualmente está embarazada? 1. Sí 2. No		
V30. Si la respuesta es sí ¿Cuántos meses de embarazo tiene? 1. Un mes 6. Seis meses 2. Dos meses 7. Siete meses 3. Tres meses 8. Ocho meses 4. Cuatro meses 9. Nueve meses 5. Cinco meses	V31. ¿El embarazo fue planeado, usted quería embarazarse? 1. Sí 2. No	V32. ¿Estaba usted o su pareja utilizando algún método anticonceptivo o de planificación familiar? 1. Sí ¿Cuál? 2. No	

CONOCIMIENTO DE LAS FORMAS DE VIOLENCIA			
V33. ¿Sabe usted que es la violencia? 1. Sí 2. No	V34. ¿Identifica de qué forma se puede manifestar la violencia? 1. Sí 2. No	V35. Desde su opinión qué tipo de acciones pueden considerarse como violencia: 1. Golpes 2. Palabras ofensivas 3. Humillaciones 4. Otras (Especificar)	
V36. ¿Sabe usted que es la violencia obstétrica? 1. Sí 2. No	V37. Podría explicar ¿Qué entiende por violencia obstétrica?		
VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA			
En la atención recibida antes, durante y después del parto, a usted:		1	2
		Sí	No
V.	La amenazaron con dejarla sola y sin supervisión médica		

V.4	Le reprocharon por la cantidad de hijos que tiene		
V.4	La ignoraron y no le pusieron atención cuando usted pregunto acerca de su bebé		
V.4	Minimizaron sus dolores y sus malestares		
V.4	Fueron autoritarios en el momento de brindarle la atención médica		
V.4	Fue intimidada y no le permitieron que manifestará su dolor, por ejemplo con expresiones tales como: “no grite”, “no llore”, “no se queje”		
V.4	La regañaron por gritar, llorar o quejarse		
V.4	La humillaron con comentarios despectivos		
V.4	Hicieron comentarios groseros o la insultaron		
V.4	Se burlaron o rieron de usted		
V.4	Criticaron su comportamiento realizando comentarios irónicos		
V.4	La trataron con sobrenombres o con palabras en diminutivo		
V.4	Le respondían e ignoraron sus dudas o inquietudes		
V.4	Le impidieron tener contacto con su recién nacido (a)		
V.4	Le impidieron deambular o caminar por la habitación		
V.4	Se rieron y burlaron de usted por ser primeriza		
V.4	Se burlaron de usted por manifestar vergüenza		
V.4	Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza durante el proceso de parto		
V.4	Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque que estaba gritando o quejándose mucho		
V.4	La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo intrauterino o la operaran para ya no tener hijos		
V.4	La obligaron o la amenazaron para que firmara algún documento sin informarle qué o para qué era		
V.4	Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé		

V60. Después de escuchar lo anterior, identifica alguna otro comentario que le hayan dicho: 1. Si 2. No		V61. Mencione 2 o 3 tipos de comentarios o algunas frases que le hayan dicho y que la hayan incomodado, asustado u ofendido:	
		V62. _____ V63. _____ V64. _____	
V65. ¿En qué momento de la atención fue que recibió esos comentarios? 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a) 6. En dos o más momentos 7. Otro (Especificar)	V66. Si su respuesta fue en dos o más momentos especificar cuáles: 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a)	V67. ¿Quiénes fueron los que realizaron esos comentarios? (puede seleccionar hasta cuatro opciones) 1. El médico 7. El médico practicante 13. El trabajador social 2. La médica 8. La médica practicante 14. La trabajadora social 3. El enfermero 9. El camillero 15. El encargado de la limpieza 4. La enfermera 10. La camillera 16. La encargada de la limpieza 5. El anestesiólogo 11. El recepcionista 17. Otro (Especificar) 6. La anestesióloga 12. La recepcionista	
		V68	V69
		V70	V70

VIOLENCIA FÍSICA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA			
En la atención recibida antes, durante y después del parto, a usted:			
		<i>1</i>	<i>2</i>
		<i>Sí</i>	<i>No</i>
V.7	Le dieron golpes y pellizcos en las piernas		
V.7	El tacto vaginal le fue realizado por varias personas		
V.7	El tacto vaginal le fue realizado cada dos horas		
V.7	El tacto vaginal le fue realizado con fuerza y de forma agresiva		
V.7	El tacto vaginal le fue realizado en un lugar sin privacidad		
V.7	Se negaron a anestesiarla para disminuir el dolor y sin darle explicaciones		
V.7	Le colocaron algún método anticonceptivo o la esterilizaron para ya no tener hijos (as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle		
V.7	Le realizaron procedimientos sin hacer uso de anestesia (raspado, retirado manual de la placenta, sutura, parto por cesárea)		

V.7	Le amarraron las piernas y los brazos durante el parto		
V.8	Le presionaron de forma brusca y con fuerza en el abdomen para acelerar la expulsión		
V.8	Le dieron golpes y empujones (cachetadas o golpes en alguna parte del cuerpo)		
V.8	La hicieron permanecer en decúbito dorsal durante muchas horas		
V.8	Le negaron la posibilidad de caminar para facilitar la dilatación		
V.8	Le prohibieron ingerir alimentos o bebidas antes del parto		
V.8	Le impidieron tomar una posición cómoda para parir		
V.8	Le realizaron una sutura sin aplicarle anestesia		
V.8	Le practicaron un legrado sin anestesia		
V.8	Le administraron algún medicamento para acelerar el parto		

V89. Después de escuchar lo anterior, identifica alguna otra conducta que usted haya recibido: 1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>		V90. Mencione 2 o 3 tipos de conductas que usted haya Recibido y que la hayan incomodado, asustado u ofendido:	
		V91. _____ V92. _____ V93. _____	
V94. ¿En qué momento de la atención fue que recibió las conductas antes mencionadas? 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a) 6. En dos o más momentos 7. Otro (Especificar)	V95. Si su respuesta fue en dos o más momentos especificar cuáles: 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a)	V96. ¿Quiénes fueron los que realizaron esas conductas? (puede seleccionar hasta cuatro opciones) 1. El médico 7. El médico practicante 13. El trabajador social 2. La médica 8. La médica practicante 14. La trabajadora social 3. El enfermero 9. El camillero 15. El encargado de la limpieza 4. La enfermera 10. La camillera 16. La encargada de la limpieza 5. El anestesiólogo 11. El recepcionista 17. Otro (Especificar) 6. La anestesióloga 12. La recepcionista	
		V97	V98
		V99	V100

VIOLENCIA SEXUAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
En la atención recibida antes, durante y después del parto, a usted:	1	2
	<i>Sí</i>	<i>No</i>
V. Le realizan tactos vaginales sin usar guantes		
V. Manipularon sus genitales de forma grosera y sin respeto		
V. Le tocaron su vagina o en el recto sin su consentimiento o sin avisarle		
V. La mantuvieron semidesnuda en presencia de algún extraño		
V. La colocaron y mantuvieron con las piernas abiertas y levantadas y con los genitales expuestos sin justificación médica		

V106. Después de escuchar lo anterior, identifica alguna otra Conducta que usted haya recibido: 1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>		V107. Mencione 2 o 3 tipos de conductas que usted haya Recibido y que la hayan incomodado, asustado u ofendido:	
		V108. _____ V109. _____ V110. _____	
V111. ¿En qué momento de la atención fue que recibió las conductas antes mencionadas? 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a) 6. En dos o más momentos 7. Otro (Especificar)	V112. Si su respuesta fue en dos o más momentos especificar cuáles: 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a)	V113. ¿Quiénes fueron los que realizaron esas conductas? (puede seleccionar hasta cuatro opciones) 1. El médico 5. El anestesiólogo 9. El camillero 2. La médica 6. La anestesióloga 10. La camillera 3. El enfermero 7. El médico practicante 11. Otro (Especificar) 4. La enfermera 8. La médica practicante	
		V.114	V.115
		V.116	V.117

DISCRIMINACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
En la atención recibida antes, durante y después del parto, a usted:	1	2

		<i>Sí</i>	<i>No</i>
V	Recibió una inadecuada atención médica por falta de recursos económicos		
V	La rechazaron y no recibió una buena atención médica por prejuicios religiosos		
V	La atendieron de forma adecuada por ser de una comunidad indígena		
V	La discriminaron por ser madre soltera		
V	La rechazaron y no la atendieron adecuadamente por ser muy joven		
V	La rechazaron y no la atendieron adecuadamente por ser grande de edad para tener hijos		
V	La rechazaron y no la atendieron adecuadamente porque ya tenía varios hijos		
V	Fue discriminada y la atención médica no fue adecuada porque usted no sabe leer ni escribir		
V	Fue discriminada y la atención médica no fue adecuada por vivir en una zona rural		
V	Fue discriminada y no recibió buena atención médica porque pensaron que usted tenía alguna enfermedad contagiosa (VIH, COVID)		
V	Le hicieron comentarios por su apariencia física		

V129. Después de escuchar lo anterior, identifica alguna otra Conducta que usted haya recibido: 1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>		V130. Mencione 2 o 3 tipos de conductas que usted haya Recibido y que la hayan incomodado, asustado u ofendido:	
		V131. _____ V132. _____ V133. _____	
V134. ¿En qué momento de la atención fue que recibió las conductas antes mencionadas? 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a) 6. En dos o más momentos 7. Otro (Especificar)	V135. Si su respuesta fue en dos o más momentos especificar cuáles: 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a)	V136. ¿Quiénes fueron los que realizaron esas conductas? (puede seleccionar hasta cuatro opciones) 1. El médico 7. El médico practicante 13. El trabajador social 2. La médica 8. La médica practicante 14. La trabajadora social 3. El enfermero 9. El camillero 15. El encargado de la limpieza 4. La enfermera 10. La camillera 16. La encargada de la limpieza 5. El anestesiólogo 11. El recepcionista 17. Otro (Especificar) 6. La anestesióloga 12. La recepcionista	
		V.137	V.138
		V.139	V.140

NEGLIGENCIA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

En la atención recibida antes, durante y después del parto:		<i>1</i>	<i>2</i>
		<i>Sí</i>	<i>No</i>
V.	Le negaron la atención médica		
V.	La abandonaron en la sala de parto y no le brindaron una atención adecuada		
V.	Le negaron una atención adecuada porque se quejaba por los dolores del parto		
V.	Tardaron en atenderla porque acudió por complicaciones de aborto		
V.	Le negaron la atención porque sufrió un aborto espontáneo		
V.	Se negaron a darle una cita sin justificación por parte de la recepción		
V.	Hubo falta de disponibilidad de citas para la atención médica		
V.	Se le exigió donar sangre para ser atendida durante su parto		
V.	Le explicaron los riesgos que podía haber después de la cesárea		
V.	Le omitieron la aplicación de algún medicamento (antibiótico) para prevenir o disminuir el riesgo de alguna infección post parto		
V.	Le negaron la autorización para el traslado a otro hospital más especializado, en donde pudieran atender sus complicaciones del embarazo o del parto		
V.	Le realizaron un diagnóstico temprano y adecuado para atender alguna infección que presentaba.		
V.	Le otorgaron la atención que requería para atender sus padecimientos y necesidades		
V.	Le omitieron cuidados especializados aunque su embarazo era de alto riesgo		
V.	Le brindaron mala atención obstétrica que provocó complicaciones para usted y su bebé		
V.	Hubo ausencia del personal de pediatría al momento del parto		
V.	La valoración sobre su estado de salud después del parto y la de su bebé se la realizaron después de varias horas		
V.	Le dejaron algún instrumento de cirugía en el interior una vez terminada la cesárea		

V.	Le administraron algún medicamento que no era tolerable para su organismo		
V.	Le realizaron lesiones en órganos cercanos a la vagina o a la zona		
V.	Le realizaron alguna transfusión de sangre que no era compatible con su grupo sanguíneo		
V.	Tuvo infecciones derivadas de la falta de higiene por parte del personal médico que la asistió durante el parto o cesárea		
V.	Le administraron alguna sustancia que simuló ser algún medicamento		
V.	Hubo ausencia de personal capacitado para atender emergencias que podían aparecer durante el parto		

V164. Después de escuchar lo anterior, identifica alguna otra Conducta que usted haya recibido: 1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i>		V165. Mencione (2 o 3) tipos de conductas que usted haya recibido y que la hayan incomodado, asustado u ofendido:	
		V166. _____ V167. _____ V168. _____	
V169. ¿En qué momento de la atención fue que recibió las conductas antes mencionadas? 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a) 6. En dos o más momentos 7. Otro (Especificar)	V170. Si su respuesta fue en dos o más momentos especificar cuáles: 1. Durante su control prenatal (seguimiento del embarazo) 2. Desde el momento en que llegó para ser atendida 3. Durante el proceso de dilatación 4. Durante la labor de parto 5. Después de haber tenido a su hijo (a)	V171. ¿Quiénes fueron los que realizaron esas conductas? (puede seleccionar varias opciones) 1. El médico 7. El médico practicante 13. El trabajador social 2. La médica 8. La médica practicante 14. La trabajadora social 3. El enfermero 9. El camillero 15. El encargado de la limpieza 4. La enfermera 10. La camillera 16. La encargada de la limpieza 5. El anestesiólogo 11. El recepcionista 17. Otro (Especificar) 6. La anestesióloga 12. La recepcionista	
		V.172	V.173
		V.174	V.175

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS RUTINARIOS, SIN CONSENTIMIENTO O COERCITIVOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA		
En la atención recibida antes, durante y después del parto, a usted:	1	2
	<i>Sí</i>	<i>No</i>
V. Le rasuraron (tricotomía), sin pedirle su consentimiento y sin darle explicación		
V. Le colocaron enemas evacuantes sin pedirle su consentimiento y sin darle explicación		
V. Le realizaron un corte entre la abertura vaginal y el ano sin su consentimiento y sin informarle de los riesgos de este procedimiento		
V. Le realizaron revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto, sin pedirle su consentimiento y sin darle explicación		
V. Le aceleraron su parto antes de las 42 semanas de embarazo		
V. Le aceleraron su parto mediante el uso de algún medicamento		
V. Le inyectaron algún sedante o tranquilizante		
V. Le rompieron la fuente para acelerar el parto		
V. Le brindaron información suficiente y adecuada sobre los procedimientos que le practicarían		
V. Le solicitaron alguna autorización por escrito (consentimiento informado) antes de practicarle algún procedimiento médico o quirúrgico		
V. Le explicaron lo que es el consentimiento informado		
V. La forzaron o le realizaron una cesárea sin estar programada		

Si la respuesta fue sí V188. ¿Cuál fue la justificación que le dieron? _____ _____ _____	V189. ¿Tuvo alguna complicación después de haberse hecho la cesárea? 1. <i>Sí</i> 2. <i>No</i> 	V190. ¿Cuáles fueron las complicaciones? (puede mencionar hasta tres complicaciones) V191. _____ V192. _____ V193. _____
---	--	--

PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	
A continuación le presentamos una serie de enunciados. Por favor indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellos. Esto es sólo una opinión personal ninguna pregunta tiene una respuesta correcta o incorrecta.	
V194. Es normal que el personal de salud insulte a las mujeres parturientas. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V195. El personal de salud trata a las mujeres parturientas con más respeto. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>

V196. El personal de salud respeta los derechos de las mujeres que acuden a recibir atención médica obstétrica. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V197. Una mujer parturienta no debería recibir mala atención por parte del personal de salud. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>
V198. El personal de salud humilla y agrede a las mujeres parturientas, porque gritan y no aguantan el dolor del parto. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V199. No sabía que había sufrido violencia obstétrica hasta que me realizaron la encuesta. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>
V200. Tengo conocimiento de que puedo denunciar en caso de haber sido víctima de violencia obstétrica. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V201. Conozco el proceso y sé a dónde acudir a denunciar en caso de haber sido víctima de violencia obstétrica. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>
V202. Se debería castigar con la cárcel a los profesionales de la salud que ejercen violencia obstétrica. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V203. Deberían existir sanciones legales en contra de los profesionales de la salud que ejerzan violencia obstétrica. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>
V204. Considero que espere mucho tiempo en el hospital para ser atendida. 1. <i>Totalmente en desacuerdo</i> 2. <i>En desacuerdo</i> 3. <i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i> 4. <i>De acuerdo</i> 5. <i>Totalmente de acuerdo</i>	V205. En su opinión y de acuerdo a su experiencia, la atención en los servicios médicos obstétricos que recibió fue: 1. <i>Muy desagradable</i> 2. <i>Desagradable</i> 3. <i>Adecuada</i> 4. <i>Agradable</i>
V206. Desde su opinión que aspectos son necesarios para mejorar la atención obstétrica:	V207. ¿Qué les recomendaría a las mujeres embarazadas?
Comentarios finales sobre la violencia obstétrica	

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 2. Estados de la República Mexicana que han incorporado el concepto de violencia obstétrica a sus leyes de acceso, 2023.

LEY DE ACCESO	CONCEPTO
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE MEXICO https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf	Artículo 27 Bis. (Adicionado el 25 de marzo de 2022). 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 violencia obstétrica cuando se niegue a la mujer el acceso a tratamientos en caso de infertilidad o el uso de métodos anticonceptivos.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA http://www.congresochihuahua2.gob.mx/biblioteca/leyes/archivosLeyes/153.pdf	Artículo 5. (Adicionado el 16 de julio de 2014). Violencia obstétrica: Es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud que, en el ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, y alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE DURANGO http://congresodurango.gob.mx/trabajo-legislativo/legislacion-estatal/	Artículo 6. (Adicionado el 16 de noviembre de 2017). Violencia obstétrica: Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS https://www.congresotamaulipas.gob.mx/LegislacionEstatal/LegislacionVigente/VerLey.asp?IdLey=73	Artículo 3 (Adicionado en 2015) Para los efectos de esta ley se consideran manifestaciones de violencia contra la mujer, las siguientes: f) Obstétrica: toda acción u omisión que ejerza el personal médico o de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte durante el embarazo, parto o puerperio, expresada en: I. La negligencia en su atención propiciada por la falta de un trato humanizado; II. El abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; III. La práctica del parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para que éste sea natural. El parto vía cesárea podrá efectuarse siempre y cuando no existan riesgos que, a consideración del médico, entrañen un probable daño a la salud del producto o de la paciente; IV. El uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la

	mujer; V. El obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI http://congresosanluis.gob.mx/sites/default/files/filefield_paths/Ley_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_05_Abril_2022.pdf	Artículo 4. (Adicionado el 07 de agosto de 2020). XII. Violencia obstétrica: es todo abuso, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine, o de un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en: a) Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada. b) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas. c) No propiciar el apego precoz del niño con la madre, sin causa médica justificada. d) Alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias. e) Practicar el parto vía cesárea sin autorización de la madre cuando existan condiciones para el parto natural.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO https://congresogto-my.sharepoint.com/:w:/g/personal/inileg_congresogto_gob_mx/ETeqQ2Ump71JlaXRqqPy4xMB-4X29DSQuF9CMj4eAd9JSA?rttime=t0p22Rci2kg	Artículo 5. (Adicionado el 12 de marzo de 2013). Violencia obstétrica: es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE VERACRUZ https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/LAMVLV15092020.pdf	Artículo 7 (Adicionado en 2008). La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE HIDALGO http://www.congreso-hidalgo.gob.mx/biblioteca_legislativa/leyes_cintillo/Ley%20de%20Acceso%20de%20las%20Mujeres%20a%20una%20Vida%20Libre%20de%20Violencia.pdf	Artículo 5. (Adicionado en 2015). Violencia obstétrica: Aquella ejercida por el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas: a) Atención inoportuna e ineficaz de las urgencias obstétricas; b) Trato deshumanizado; c) Patologización del proceso de embarazo, parto o puerperio; d) Medicalizar sin causa justificada el proceso de embarazo, parto o puerperio; e) Negativa u obstaculización del apego precoz del recién nacido con su madre sin justificación terapéutica; o f) Impedir el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, atentando contra su privacidad y dignidad ante la pérdida de su autonomía.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE COLIMA http://www.congresocol.gob.mx/leyes/	Artículo 30 Bis. (Adicionado en 2015). La violencia obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal de salud, que atenta contra el derecho a la no discriminación, a la salud, la integridad física, la igualdad y la privacidad, especialmente en lo que ve a la salud sexual, los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada; así como el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales; trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, un daño físico o psicológico, o la muerte de la madre o del producto.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DEL DISTRITO FEDERAL https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/9cd2d70539cf5fb136bfe731d1f25587ffc3e7af.pdf	Artículo 6. (Adicionado el 11 de julio de 2017). Violencia Obstétrica: Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE CHIAPAS https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0133.pdf?v=Mw==	Artículo 49. (Adicionado el 14 de septiembre de 2011). Violencia obstétrica.- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica

	justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/L122-XVI-20210406-L1620210306097.pdf	Artículo 5. (Adicionado el 12 de septiembre de 2014). La violencia obstétrica.- Es toda acción u omisión intencional por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL ESTADO DE QUERETARO http://legislaturaqueretaro.gob.mx/app/uploads/2016/01/LEY055_03_19.pdf	Artículo 20. quater. (Adicionado el 25 de septiembre de 2015). Se considera violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud de forma directa o indirecta, en contra de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio o posterior a estos y relacionado con la maternidad, que en forma intencional y sin existir necesidad terapéutica, les causen la muerte, daño, dolor, incomodidad de cualquier tipo o se realice negligentemente, sin respeto por sus decisiones o las discrimine en función de la edad, origen, raza, condición social o cualquier otra circunstancia análoga.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE MORELOS https://www.hacienda.morelos.gob.mx/imagenes/Documentos_2020/LMUJERVVEM-1.pdf	Artículo 20. (Adicionado el 04 de octubre de 2019). Violencia obstétrica.- Es toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto puerperio
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.pdf?2021-05-21	Artículo 6. (Adicionado el 27 de noviembre de 2019). VIII Bis.- Violencia Obstétrica: Es toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, 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.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE	Artículo 8. (Adicionado el 22 de agosto de 2016). VI. La violencia obstétrica: Es todo acto u omisión del personal de salud, tanto médico, auxiliar y/o administrativo, que,

AGUASCALIENTES https://eservicios2.aguascalientes.gob.mx/NormatecaAdministrador/archivos/EDO-18-2.pdf	en ejercicio de su profesión u oficio, dañe, lastime o denigre a la mujer en su salud física y psicoemocional, durante el periodo de embarazo, parto, puerperio y procesos reproductivos;
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE CAMPECHE https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=+VJXb97UGY4VdBZ3OTOss5AfbC4zk3+OGHY1/IIHN6Oc7F6vVy5+BK+1yOfygiMTIdfgMNUmxv93vRrREiBd/w==#:~:text=ART%C3%8DCULO%201.,favorezca%20su%20desarrollo%20y%20bienestar.	Artículo 5. (Adicionado el 21 de julio de 2015). VII. Violencia Obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud, que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos (sic) y sexualidad; considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE COLIMA https://ieecolima.org.mx/leyes/Ley%20de%20acceso%20de%20las%20mujeres%20vida%20libre%20de%20violencia.pdf	Artículo 30 Bis. (Adicionado el 16 de mayo de 2015). La violencia obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal de salud, que atenta contra el derecho a la no discriminación, a la salud, la integridad física, la igualdad y la privacidad, especialmente en lo que ve a la salud sexual, los derechos Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima Dirección de Proceso Legislativo reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada; así como el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales; trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, un daño físico o psicológico, o la muerte de la madre o del producto.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE GUANAJUATO http://transparencia.guanajuato.gob.mx/biblioteca/mot/FraccionI/SDSyH/Ley_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf	Artículo 5. (Adicionado el 16 de diciembre de 2014). VIII. Violencia obstétrica: es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE OAXACA http://fge.oaxaca.gob.mx/wp-content/plugins/legislacion/uploads/genero/LEY%20ESTATAL%20DE%20ACCESO%20A%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO.pdf	Artículo 7. (Adicionado el 7 de septiembre de 2019). X. La violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal de salud, público o privado, que atenta contra el derecho a la salud sexual, los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, daño físico, psicológico, o la muerte de la madre o del producto por negligencia o impericia.

LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE PUEBLA https://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=25&Itemid=485	Artículo 18 Bis55 (Adicionado el 02 de octubre de 2020). La violencia obstétrica, es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre, o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en ésta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer. También se considera violencia obstétrica, negar la petición de acompañamiento de persona de confianza durante la prestación de los servicios médicos en los que la normatividad en materia de salubridad, epidemiología o control sanitario lo permita; fotografiar o grabar por cualquier medio el procedimiento de atención médica sin que medie el consentimiento voluntario; así como permitir el ingreso, atención o intervención de personal externo no acreditado ni justificado medicamente, sin que medie el consentimiento voluntario.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE TLAXCALA http://www.tsjtlaxcala.gob.mx/transparencia/Fracciones_a63/I/leyes/L-libredeviolencia130418.pdf	Artículo 6. (Adicionado el 13 de abril de 2018). VII. Violencia contra los Derechos Reproductivos: 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 espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia;
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE YUCATAN https://isla.merida.gob.mx/serviciosinternet/normatividad/files/Leyes%20Estatales/LEY_VSVIOLEJULY2020-20200813-081213.pdf	Artículo 6. (Adicionado el 31 de julio de 2019). VII. Violencia obstétrica: es la acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o la etapa del puerperio o posparto, ocasionada, entre otros, por la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, tratos crueles, inhumanos o degradantes.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE COAHUILA http://www.coahuilatrasmis.gob.mx/leyes/documentos_leyes/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERES%20A%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA%20PARA%20EL%20ESTADO%20DE%20COAHUILA%20DE%20ZARAGOZA1.pdf	Artículo 8. (Adicionado el 20 de octubre de 2020). VII. Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión por parte del personal de salud, de tipo médico o administrativo, que dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica; se expresa en la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva, un trato inhumano o degradante, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada

	sobre sus cuerpos y los procesos reproductivos y su sexualidad, 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.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_VI/20200902_LEYLIBREVIOLENCIA.PDF	Artículo 6. (Adicionado el 02 de septiembre de 2020). VI. Violencia Obstétrica.- Toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, mediante un trato deshumanizado, omisión de atención oportuna y eficaz, prácticas sin consentimiento como esterilización o realizar cesárea sin Motivo.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE NAYARIT https://www.congresonayarit.mx/wp-content/uploads/compilacion/leyes/acceso_de_las_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_para_el_estado_de_nayarit_ley_de.pdf	Artículo 23. (Adicionado el 21 de diciembre de 2018). VI. Violencia obstétrica.- Toda conducta, acción u omisión, que ejerce el personal de salud tanto en el ámbito público como en el privado, sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, de manera directa o indirecta, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización o patologización de los procesos naturales, menoscabando la capacidad de la mujer de decidir de manera libre e informada.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE ZACATECAS https://www.congresozac.gob.mx/63/ley&cu=142&tipo=pdf	Artículo 14 Quáter. (Adicionado el 23 de junio de 2018). Violencia Obstétrica. Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y sobreparto, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en malos tratos, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando como tales: la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en esta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz de la niña o niño con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE SINALOA https://gaceta.congresosinaloa.gob.mx:3001/pdfs/leyes/Ley_11.pdf	ARTÍCULO 24 Bis B. (Adicionado el 11 de diciembre de 2017). Se considera violencia contra la mujer, toda acción u omisión intencional y negligente que lleve a cabo cualquier persona y/o institución pública o privada, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine y/o dé un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio, que tengan como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE SONORA http://www.congresoson.gob.mx:81/Content/Doc_leyes/Doc_124.pdf	ARTÍCULO 18 BIS.- Se consideran actos de violencia obstétrica, los siguientes: I.- La negativa, el retraso o la omisión injustificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; II.- El trato deshumanizado, denigrante, discriminatorio o negligente cuando una mujer solicita asesoramiento o

	requiere atención durante el embarazo, el parto o el puerperio; III.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante técnicas de aceleración o de inducción al trabajo de parto normal, o la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto; IV.- El uso irracional de procedimientos médicos como la episiotomía; V.- Practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural; sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; VI.- Imponer de manera coercitiva o sin el consentimiento informado algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, especialmente durante la atención del parto; VII.- Negarse a administrar analgésicos cuando no existe impedimento médico para ello; VIII.- Obligar a la mujer a parir en una posición en específico, cuando existan los medios técnicos para que lo realice en la posición que ella elija; IX.- Obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer; X.- Acosar o presionar psicológicamente o con el manejo del dolor a una mujer en labor de parto con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad o coaccionar para obtener su consentimiento; XI.- Negarse a proporcionar a la mujer información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos, o manipular la información para obtener su consentimiento; XII.- Utilizar a la mujer como recurso didáctico sin su consentimiento y sin ningún respeto a su dignidad humana y derecho a la privacidad; XIII.- Retener a la mujer o al recién nacido en los centros de salud o instituciones análogas debido a su incapacidad de pago; y XIV.- Cualquier otro análogo que, atente contra la autonomía de las mujeres a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales, les niegue el acceso a la salud reproductiva de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, y el derecho a la información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos a los que están expuestas.
LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR https://www.cbcs.gob.mx/index.php/cmply/1492-ley-acceso-mujeres-bcs	ARTÍCULO 4 VIII BIS. Violencia Obstétrica.- Es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, considerando

	como tales la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; practicar el parto por vía de cesárea, sin que cumpla con los criterios médicos acordes a la normatividad oficial en ésta materia; el uso de métodos anticonceptivos o esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del niño o niña con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer
--	--

Anexo 3. Estados de la República Mexicana que han tipificado la violencia obstétrica como delito.

Estado	Artículo	Delito	Tipo de pena	Pena específica
Código Penal para el Estado de Aguascalientes	Artículo 157 (Adicionado el 2 de Febrero de 2015) Artículo 158 (Adicionado el 11 de Junio de 2018)	- No atender a una mujer durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas. - Impedir el paso al centro de salud a una mujer embarazada cuando su salud o la del bebé está en peligro. - Acelerar el trabajo de parto sin consentimiento de la mujer. - Practicar una cesárea innecesaria y sin consentimiento voluntario de la mujer o de quien esté facultado para darlo. - Imponer cualquier método anticonceptivo sin justificación médica o sin el consentimiento expreso de la mujer. - Proporcionar un lugar inapropiado para el parto. - Retener a la mujer y al recién nacido en el centro de salud por no poder pagar los servicios obstétricos.	- Prisión - Multa - Pago de reparación de los daños - Inhabilitación temporal para ejercer la medicina	6 meses a 3 años de prisión 20 a 200 días de salario o pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados 3 meses a 3 años de inhabilitación para ejercer su profesión
Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave	Artículo 363 Artículo 369 Artículo 370 (Adicionado el 02 de Abril de 2010)	- No atender oportuna y eficazmente a una mujer en el embarazo, parto y posparto o en una emergencia obstétrica. - Acelerar el trabajo de parto sin consentimiento de la mujer. - Practicar una cesárea cuando hay condiciones para el parto natural sin el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer. - Presionar psicológicamente u ofensivamente para que la mujer en trabajo de parto no decida libremente.	- Prisión - Multa - Suspensión temporal de cargo pública si la persona perpetuadora es servidora pública - Medidas reeducativas, integrales,	6 meses a 6 años de prisión - Multa de hasta 300 días de salario - Destitución de cargo público - Inhabilitación hasta por 2 años para ejercer otro cargo público - Medidas reeducativas integrales especializadas y gratuitas conforme a los programas establecidos por el Sistema Estatal para Prevenir Atender

		• Obligar a la mujer a parir acostada y con las piernas levantadas cuando existen los medios necesarios para realizar un parto vertical.	especializadas y gratuitas	Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en el lugar y por el tiempo que la autoridad jurisdiccional indique
Código Penal del Estado de México	Artículo 276 Artículo 277 Artículo 278 (Adicionado el 14 de Marzo de 2016)	• No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. • Acelerar el parto sin el consentimiento voluntario e informado de la mujer. • Practicar una cesárea cuando hay condiciones para el parto natural sin el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer. • Presionar a una mujer en trabajo de parto para inhibir su libre decisión. • Obstaculizar que la madre cargue y amamante al recién nacido inmediatamente después del parto sin causa médica justificada. • Obligar a la mujer a parir acostada y con las piernas levantadas cuando existen los medios necesarios para realizar un parto vertical. • Esterilizar a una mujer sin su consentimiento.	• Prisión • Multa • Pago de reparación de los daños • Inhabilitación temporal o definitiva para ejercer la medicina	• 3 a 6 años de prisión • 50 a 300 días multa • 6 meses a 3 años 50 a 200 días multa
Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero	Artículo 202 (Adicionado el 15 de Diciembre de 2017)	• No atender oportuna y eficazmente a una mujer que cursa un embarazo, parto y posparto. • Tratar deshumanizadamente a una mujer durante su embarazo, parto o posparto. • Impedir que la mujer decida libremente sobre su cuerpo y sexualidad. • Practicar una cesárea cuando hay condiciones para el parto natural sin el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.	• Prisión • Multa • Medidas reeducativas	• Medidas reeducativas integrales especializadas y gratuitas conforme a los programas establecidos al efecto • dos a ocho años de prisión. • 300 a 900 días de multa.

Código Penal para el Estado de Chiapas	Artículo 183 Ter Artículo 183 Quáter (Adicionado el 24 de Diciembre de 2014)	• Cometer violencia obstétrica. • No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. • Obstaculizar que la madre cargue y amamante al recién nacido inmediatamente después del parto sin causa médica justificada. • Acelerar el parto sin el consentimiento voluntario e informado de la mujer. • Practicar una cesárea sin justificación médica.	• Prisión • Multa • Pago de reparación de los daños • Inhabilitación temporal para ejercer la medicina • Suspensión del cargo	• 1 a 3 años de prisión • 200 días de multa. • Suspensión de la profesión cargo u oficio por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta. • El pago de la reparación integral del daño.
Código Penal para el estado libre y soberano de Quintana Roo	Artículo 112 BIS (Adicionado el 04 de Julio de 2017)	• No atender oportuna y eficazmente a una mujer que cursa un embarazo, parto y posparto o una emergencia obstétrica. • Acelerar el parto sin el consentimiento voluntario e informado de la mujer. • Practicar una cesárea cuando hay condiciones para el parto natural sin el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer. • Presionar psicológicamente u ofensivamente para que la mujer en trabajo de parto no decida libremente. • Obstaculizar que la madre cargue y amamante al recién nacido inmediatamente después del parto sin causa médica justificada.	Prisión Multa Inhabilitación temporal o definitiva para ejercer la medicina si la persona perpetuadora es servidora pública	• 3 a 6 años de prisión • 200 hasta 300 días multa • 6 meses a 3 años de prisión a quien obstaculice el apego inmediato del niño o la niña con su madre • 100 a 200 días multa a quien obstaculice el apego inmediato del niño o la niña con su madre • Inhabilitación de la profesión médica hasta por 1 año si el sujeto activo del delito fuera servidor público.

Fuente: Código Penal del Estado de Aguascalientes. (2022); Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. (2021); Código Penal del Estado de México. (2017); Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero. (2020); Código Penal para el Estado de Chiapas. (2020); Código Penal para el estado libre y soberano de Quintana Roo. (2018).

Anexo 4. Enunciados en donde las mujeres manifestaron su perspectiva sobre los aspectos que se tendrían que tomar en cuenta para mejorar la atención obstétrica:

- Que la atención sea más rápida.
- Mejorar la atención por parte de las enfermeras.
- Dar castigo o sanciones a los que ejercen la violencia.
- Dar la atención y los medicamentos gratuitos, para apoyar a la mujer embarazada.
- Disciplina, acciones legales, personal adecuado, realizar auditorías y tener un enlace del M.P. en las clínicas de salud para la atención de las denuncias.
- Capacitar al personal para que sean más empáticos.
- Tener más higiene en las clínicas.
- Mejorar la empatía.
- Promover la empatía de los médicos.
- Más atención, más camillas, más higiene.
- Más capacitación al personal.
- Más capacitación para el personal.
- Más hospitales equipados.
- Más información para madres primerizas.
- Que haya más personal médico.
- Mejor personal y más preparación.
- Promover un mejor trato por el personal de salud.
- Mejorar respeto de los médicos y la atención en los hospitales.
- Que haya menos tiempo de espera.
- Permitir que la mujer tome otra postura durante el trabajo de parto.
- Que el personal médico sea más paciente.
- Capacitar en perspectiva de género.
- Que atiendan los médicos y no los practicantes.
- Que contraten mejor personal y más empático.
- Que el personal se capacite y sensibilice.
- Que haya partos humanizados.
- Fomentar en los doctores que tengan más paciencia.
- Fomentar que los médicos tengan más empatía.
- Capacitar para un buen trato por parte del personal de salud.
- Que se explique lo que es la violencia obstétrica y porqué los médicos la ejercen y creen que están en su derecho de hacerlo.
- Que se pongan en el lugar de las pacientes, sensibilizar a los médicos.
- Que se tengan mejores enfermeras y más empáticas.
- Que sean más considerados y más empáticos.
- Que los médicos sean más empáticos con las mujeres embarazadas.
- Sancionar a los médicos que ejerzan violencia.
- Que los médicos y enfermeras sean más empáticos.
- Mejorar el trato, tratar adecuadamente a las mujeres.
- Capacitar al personal.
- Empatía con las mujeres embarazadas y respetar sus derechos.

- Siento que deberían de priorizar, la espera para las mujeres que van con síntomas de parto y con las que van por una gripa o por colitis y están en la misma fila. Muchas veces toca aliviarte en el suelo o en la sala de espera porque la atención no es adecuada.
- Capacitación del personal de salud.
- Empatía del personal.
- Humanización en la atención médica.

Anexo 5. Enunciados en donde las mujeres participantes realizaron recomendaciones dirigidas hacia las mujeres que pudieran estar experimentando violencia obstétrica:

- Que cambien de médico en caso de sufrir algún maltrato.
- Denunciar ante las autoridades cualquier anomalía, además de documentar cualquier tipo de violencia.
- Denunciar el maltrato que realicen los médicos.
- Estar informadas sobre el tema de violencia obstétrica.
- Expresar que sienten a tiempo y no quedarse calladas en caso de sufrir violencia obstétrica.
- Informarse de lo que es correcto y lo que no es correcto en los hospitales.
- Levantar la voz y no permitir el maltrato.
- No callar si se sufre violencia.
- No permitir esas conductas, es un servicio al que tenemos derecho.
- No quedarse calladas.
- Pagar servicio privado, si es necesario.
- Preguntar por los medicamentos o procedimientos que les aplicaran o realizarán durante el parto.
- Que ahorren y sepan escoger y paguen un buen hospital.
- Que denuncien el maltrato.
- Que denuncien los hechos violentos.
- Que hablen y no se queden calladas.
- Que hablen y levanten la voz.
- Que no estén nerviosas y hablen.
- Que no permitan y normalicen la violencia obstétrica.
- Que no se callen y denuncien.
- Que no se dejen que las maltraten en el seguro y que denuncien.
- Que se informen y exijan sus derechos.
- Que vayan a un hospital pagado.
- Que vayan a un particular.
- Que vayan a una clínica privada.
- Que exijan sus derechos.
- Que no se queden calladas si sufren violencia, que se informen más porque a veces piensa uno que se lo merece por falta de conocimiento de los derechos.
- Leer sobre este tema, ya que muchas mujeres no tenemos el conocimiento adecuado.

- Conocer y exigir sus derechos como derechohabientes y como persona.
- Que se informen respecto a sus derechos.

Anexo 6. Comentarios finales de las participantes sobre la violencia obstétrica:

- Desconocía lo que era la violencia obstétrica, pensé que era normal lo que viví.
- Se debe brindar información a todas las derechohabientes sobre el tipo de violencia y el proceso de la denuncia.
- Pienso que se debe brindar concientización y capacitación para los médicos y el personal en general, en mi primer embarazo si sufrí mucha violencia, fue psicológica y me amenazaban que si gritaba o me quejaba no me iban atender, también escuche como regañaban a otra mujer.
- De haber sabido hubiera, denunciado lo que me paso en mi primer embarazo, ya que sufrí una hemorragia y no hubo buena atención por parte de los médicos.
- Es un sentimiento feo cuando estas así, ya que las mujeres durante el parto están más vulnerables.
- Las instituciones públicas deben ser más empáticas con la mujer.
- Muchas veces no estamos informadas sobre los procesos, si son violencia o no y es bueno estar informada.
- Se debe sancionar a cualquier persona que realice algún acto en contra de la mujer embarazada.
- Uno de mis partos estuve a punto de morirme, no tengo palabras para describir como me sentí, la doctora no puso atención en lo importante, me hicieron pasar momentos muy desagradables, sufrí mucho tuve a mi bebé en el pasillo, sin anestesia casi nos morimos, eso fue en mi segundo embarazo, la atención la recibí en el metropolitano. Yo no puse nada de denuncia, yo solo quería irme a mi casa, fue muy difícil, me dejaron muy lastimada y tarde 6 años en poder tener otro bebé. La doctora se enojó porque mi bebé la orino, se enojó y me dejo y se tardó en sacarme la placenta yo ya me estaba muriendo. Yo no quiero que mis hijas pasen por lo mismo. Falta atención digna para la mujer y para los bebés, mi hija se atendió en uno particular hace dos años y fue lo mismo, la atención es pésima, casi tuvo a su bebé en la sala de espera.
- Tuve más conocimiento sobre la violencia obstétrica.
- Que se ve muy tolerada la violencia obstétrica, pero debería existir una campaña informativa respecto a los derechos y más información de este tema.