

PRESIDENCIA

RECOMENDACIÓN GENERAL 01/2022

**DERECHO DE LA MUJER A UNA VIDA
LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Toluca de Lerdo, Estado de México; 24 de junio de 2022

**DIPUTADO SERGIO CARLOS GUTIÉRREZ LUNA
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DE LA LXV LEGISLATURA DE LA
CÁMARA DE DIPUTADOS FEDERAL**

**FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CLAMONT
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO Y
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

**BERTHA ALICIA CASADO MEDINA
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

PRESENTES

1. Este Organismo Público Autónomo es competente para emitir la presente Recomendación General, en términos de lo dispuesto en los artículos 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 1, 2, 13, fracciones I, III, VIII y IX, 28, fracción XV, y 99, fracción V, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México; y 106 de su Reglamento Interno ya que, conforme a lo dispuesto por los artículos 13, fracciones IX y XV y 28, fracción XV de la Ley de la Comisión de los

Derechos Humanos, esta Casa de la Dignidad y las libertades a través de su Presidenta tienen como atribuciones:

- **Emitir Pronunciamientos, Recomendaciones y Criterios, de carácter general, conducentes a una mejor protección de los derechos humanos;**

- Elaborar y ejecutar programas para **prevenir violaciones a los derechos humanos;**

- **Formular Pronunciamientos, Recomendaciones y Criterios, de carácter general, conducentes a una mejor protección de los derechos humanos.**

2. Acorde a lo anterior, conviene precisar que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, este organismo autónomo, **tiene a su cargo la protección de los derechos humanos en términos de** lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, **los instrumentos internacionales,** la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México y demás ordenamientos legales.

3. Que, en términos del artículo 106, primer párrafo, del Reglamento en cita, la Comisión puede emitir Recomendaciones Generales a las diversas autoridades, del Estado y municipios; a efecto de promover modificaciones normativas y **eliminar prácticas administrativas que constituyan o propicien violaciones a los derechos humanos.**

4. En esta línea, a efecto de coadyuvar con la buena administración pública y evitar posibles violaciones a derechos humanos, esta Casa de la Dignidad y las libertades, emite la presente Recomendación General con relación al Derecho de la Mujer a una vida libre de Violencia Obstétrica, estructurada en tres apartados a

saber. El primero, siguiendo el artículo de la Doctora María Paola Sesia,¹ intitulado "*Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma*"² se hace una breve reseña cualitativa de la situación violencia obstétrica en nuestro país. En el apartado segundo se citan algunos datos estadísticos proporcionados por Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática relacionados con la violencia obstétrica y finalmente, en el apartado tercero, se hace un análisis de las disposiciones normativas relacionadas con el tema que nos ocupa.

I. DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

5. La primera aparición oficial y legal del concepto de violencia obstétrica ocurrió en 2006, en Venezuela, cuando la Asamblea Nacional de la República Bolivariana aprobó la Ley Orgánica sobre el Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia donde, en su artículo 15, estableció:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.³

Así mismo, en el artículo 51 se hizo referencia de manera enunciativa a algunos actos que pueden ser considerados como violencia obstétrica.

6. Tal y como lo señala la Doctora María Paola Sesia, la definición venezolana es general y ejemplificativa, ya que las especificaciones de cuáles son los actos definidos y castigables no incluyen todas las posibles manifestaciones de lo que hoy

¹ Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Pacífico Sur, México.

² Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. SESIA, María Paola. Revista "Violencia Obstétrica en América Latina" consultable en <https://air.uniud.it/retrieve/handle/11390/1177824/393000/QUATTROCCHI%2C%20MAGNONE%202020.pdf#page=26>

³ Ídem.

en día hemos llegado a considerar como violencia obstétrica, tal es el caso de las posibles situaciones de trato deshumanizado o todos los posibles abusos en la medicalización del evento obstétrico, el descuido, el abuso verbal y actitudes denigrantes, entre otras.

Al mismo tiempo, no incluye otras prácticas obstétricas que son realizadas frecuentemente, aunque no sean basadas en la evidencia científica actualizada, ni estén recomendadas, causando dolor innecesario y posiblemente daño y lesiones a la madre y/o al recién nacido. Un ejemplo es la revisión manual rutinaria de la cavidad uterina, la cual es una práctica obstétrica todavía muy extendida en México después del alumbramiento de la placenta (Sachse et al., 2012; Sachse, Sesia & García, 2013), que se ejecuta la mayoría de las veces sin anestesia o analgesia y/o sin informar ni pedir autorización a la parturienta aun cuando, de acuerdo a la medicina basada en la evidencia (MBE), se trata de una práctica que se tendría que erradicar y que provoca muchísimo dolor.⁴

7. Pese a las deficiencias que se pueden encontrar en la definición Venezolana, no se debe perder de vista que fue el primer intento por identificar, evidenciar y poner en ley el tema relativo a la violencia obstétrica; aun así, de dicha definición se pueden advertir tres grandes campos de actuación obstétrica que se deben considerar actos de violencia obstétrica: **a)** el trato irrespetuoso o deshumanizador; **b)** la práctica común de la sobreintervención clínica y patologización del evento; y **c)** la expropiación del proceso del parto a manos del personal de salud, quitándole centralidad y autonomía de decisión a la mujer. De ahí que, el aporte de la Ley en cita sea posicionar la definición dentro del discurso (y la práctica) de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; además de especificar quiénes son los perpetradores de esa violencia (el personal de salud).

No debe pasar desapercibido que la violencia obstétrica es una categoría epistémica⁵ poderosa -aun siendo polisémica, imprecisa y hasta ambigua— para explicar lo que

⁴ Ibid. En una investigación que se realizó en el estado de Oaxaca, entre 2011 y 2012, mujeres entrevistadas reportaron que esta práctica “duele hasta más que el mismo parto”

⁵ Conjunto de conocimientos que condicionan las formas de entender e interpretar el mundo en determinadas épocas.

sucede en muchos de los partos que ocurren dentro del sistema público de salud en México, precisamente, porque nombra una realidad compleja y a veces escurridiza, pero innegablemente presente en estos contextos; además de que engloba un argumento convincente de que este tipo de violencia es de naturaleza sistémica, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional, que se manifiesta en ciertos espacios sociomédicos específicos: las unidades de salud y, especialmente, los hospitales del sector público ...⁶

8. Históricamente la violencia obstétrica se ha percibido como una amenaza y ha sido disputada tanto por parte del gremio médico que provee la atención, como por las autoridades de salud a nivel federal y de los estados; en tanto que, poco a poco, se ha consolidado en los ámbitos legislativo y de defensa de los derechos humanos.

9. En esta línea, la violencia obstétrica está lejos de ser una categoría conceptual unívoca que sea fácil de nombrar, que sea neutral y que sea universalmente aceptada por todos los actores involucrados. Nombrar y argumentar a nivel epistémico involucra disputas políticas, sociales y usos o negaciones estratégicas por las partes interesadas.

En México, los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron los primeros en incluir la violencia obstétrica en las leyes estatales como una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato hacia las mujeres mientras dan a luz en unidades de salud institucionales. Estas leyes fueron influenciadas por el estatuto venezolano y ambas identifican al personal de salud como los perpetradores de este tipo de violencia en entornos institucionales.

10. A partir de la aprobación de las legislaciones venezolana, argentina y en los dos estados mexicanos es que se ha podido argumentar con relación a la violencia obstétrica como una categoría epistémica novedosa en América Latina, lo que ha

⁶ Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. SESIA, Paola. Revista "Violencia Obstétrica en América Latina" Ibid.

permitido nombrar, identificar y articular acciones en contra de un problema muy común de una atención en salud materna subestándar y deshumanizada y de un maltrato multifacético que muchas mujeres embarazadas sufren en las manos del personal de salud, sobre todo en el sector público.

11. Sin embargo, no puede pasar desapercibido que, tal y como lo comenta la Doctora Sesia, desde el punto de vista estructural, los servicios son distribuidos de manera inadecuada a lo largo y ancho del país, se subutilizan las clínicas de primer nivel de atención por **falta de equipo, personal o de recursos** financieros necesarios para operar, mientras que **los hospitales públicos están sobresaturados** por una excesiva demanda; al mismo tiempo que enfrentan **carencias en insumos y medicamentos; los recursos humanos y financieros disponibles son inadecuados o distribuidos de manera desigual entre estados, niveles de atención y/o turnos.**

12. Desde el punto de vista organizacional, el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser segmentado y fragmentado en cuanto a la provisión de los servicios y en el financiamiento, la gobernanza del sistema es endeble, así como lo son la supervisión y la regulación, hay serios problemas que inician en las escuelas de medicina y continúan en el internado y las residencias médicas.⁷

13. No se puede dejar de lado el hecho de que estos problemas son particularmente pronunciados en los estados más marginados y pobres del país y en zonas rurales e indígenas problemas que no se han resuelto con la descentralización y se han acentuado a partir de 2017 con los recortes en el presupuesto de salud.

14. Esta problemática compleja y multifacética, refiere la Doctora María Paola, se

⁷ C.fr.: El documental Resiste Residente. <https://www.youtube.com/watch?v=ghK6RoS4Dd0>

refleja en los altos porcentajes de cesáreas innecesarias⁸ y en el uso rutinario de prácticas obstétricas invasivas, dolorosas, deshumanizadas y hasta dañinas para las mujeres. Estos procedimientos rutinarios son contrarios a las normas nacionales y a los lineamientos internacionales de acuerdo a la medicina basada en la evidencia.

15. Sobre esta base se puede advertir que los problemas son más profundos que van más allá de mero desconocimiento de la medicina basada en la evidencia o las normas, las carencias de recursos o las deficiencias en la gobernanza del sistema, reflejan problemáticas sistémicas y estructurales que pasan por la sobremedicalización y patologización de procesos fisiológicos naturales que llegan a abusos y un trato deshumanizado hacia las mujeres pacientes, por el solo hecho de ser pacientes y ser mujeres.

La información de corte cualitativo disponible apunta a un fenómeno generalizado y sistémico de comportamientos, actitudes y prácticas que pueden bien ser nombradas como violencia obstétrica, especialmente en hospitales públicos que atienden a mujeres que provienen de sectores sociales urbanos o rurales de menor ingreso o que son indígenas [...]. En un estudio previo que realizamos en el hospital público más grande e importante del estado de Oaxaca, en el sur y uno de los más pobres del país [...], realizamos entrevistas extensas con ginecoobstetras y observamos sus prácticas, al igual que las prácticas de otro personal médico colaborador, tanto durante emergencias obstétricas como durante la atención de partos normales. Encontramos que es común que se compartan de manera imbricada por lo menos tres representaciones sociales [...] hegemónicas, en las cuales las diferencias de clase, etnicidad/raza y género permean concepciones esencialistas establecidas con respecto a una naturaleza pasiva y sumisa de la embarazada y parturienta indígena y de clase social baja.

Por un lado, estas mujeres se conciben como parte de la otredad, consideradas no solo diferentes, sino inferiores en la jerarquía social (atrasadas, ignorantes, sin educación,

⁸ En 2015, la tasa de cesáreas alcanzó el 45% del total de los nacimientos (Secretaría de Salud, 2016) y constituye un porcentaje realmente alarmante que rebasa la tasa recomendada del 10 al 15% por la Organización Mundial de la Salud o del 15 al 20% de la Norma Oficial Mexicana SSA-007-2016.

incapaces de hablar bien español) con respecto al [...] gremio médico, pero también de enfermería) que se considera a sí mismo como educado, científico, moderno y urbano. Al mismo tiempo, las mujeres indígenas se conciben como pacientes obedientes, dóciles y receptivas que, por naturaleza, no cuestionan el trabajo del personal médico o de enfermería. Finalmente, es común considerarlas como muy nobles en espíritu y corazón y, en general muy agradecidas por la atención gratuita que el hospital les ofrece, independientemente de cómo son tratadas y los resultados de la atención recibida.

Si las pacientes son percibidas como inferiores, sumisas, agradecidas e ignorantes, es fácil imaginarse cómo pueden volverse objeto de un trato condescendiente, irrespetuoso, descuidado y despótico, sin que estas conductas sean consideradas anormales, reprobatorias o hasta sancionables por parte de quienes las ejecutan sino, por lo contrario, como algo normal, rutinario y natural.

16. Por ello, aun negar atención médica puede dar la impresión de ser un acto que no tiene repercusiones, ya que las mujeres pobres y/o indígenas se ven como “sujetos-objeto” que no se quejan y por lo mismo no le exigen al sistema.

17. La violencia obstétrica puede dar cuenta de todos estos actos, que resultan no sólo de concepciones y prácticas biomédicas ampliamente expandidas y generalizadas, sino también de estereotipos y discriminación de género, étnico-racial y de clase; en un país donde la desigualdad y la polarización social se encuentran marcadas y van en aumento.

18. La formación médica tiende a desensibilizar al dolor humano y a asumir una actitud distante ante los pacientes, como una estrategia de acomodo ante la exposición continua al dolor, el sufrimiento y la muerte en la práctica profesional cotidiana; sin embargo, en México el problema es mayor. Roberto Castro, entre otros, en su artículo “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”⁹ ha puesto de relieve cómo los médicos en formación (entiéndase médicos internos de

⁹ C.fr.: <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428/41695>

pregrado y/o los médicos residentes) vienen formados en un mundo profundamente autoritario y jerárquico, en el que se les enseña a no cuestionar sus superiores, sufren castigos, sanciones y hasta escarnio público cuando se atreven a hacerlo y, al final, es común que interioricen y reproduzcan el maltrato y abuso que recibieron durante la formación como conductas normales y naturalizadas, una vez que inicien a ejercer la profesión.

19. Desafortunadamente, según lo expone la Doctora María Paola Sesia, es importante reconocer que cuando ocurre una violación a los derechos de los pacientes, los mecanismos de auditoría clínica y el sistema de sanciones administrativas internas en la unidad de salud o desde los niveles superiores simplemente no se activan si el médico en cuestión es integrante del sindicato, tiene base y/o goza de otro tipo de protección. Por otro lado, si es personal que no tiene los medios para defenderse, será el primero en ser castigado y las sanciones pueden llegar a ser extremas, sin tomar en cuenta circunstancias atenuantes y/o deficiencias sistémica-estructurales que comúnmente inhiben al personal de salud para que hagan su trabajo de manera apropiada y debida, a lo cual se debe agregar la presión política y/o mediática para sancionar, ante lo cual, las autoridades de salud tienden a no asumir una responsabilidad institucional sino a buscar, de entre el personal de turno, a quién responsabilizar.

20. En este contexto, se puede advertir un constructo que nombra y argumenta todas estas problemáticas interrelacionadas y multifacéticas que se engloba en la categoría denominada violencia obstétrica, la cual nos permite advertir su naturaleza sistémica y estructural, de discriminación genérica y de carácter institucional. La violencia obstétrica toma en cuenta todas y cada una de las conductas, situaciones y contextos que comúnmente suceden o intervienen durante el parto institucional hospitalario en México, sobre todo, en el sector público, como un fenómeno social que es multifacético, ligado a relaciones de poder profundamente desiguales.

21. Para 2018, 23 de las 32 entidades federativas habían incluido violencia obstétrica en sus respectivas legislaciones estatales. En diciembre 2018, se registró una nueva iniciativa para reformar a nivel federal la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica en el Senado de la República.¹⁰

22. Ante la creciente inclusión de la voz violencia obstétrica en las leyes estatales como una manifestación de la violencia de género que comprendía prácticas clínicas como cesáreas innecesarias y otras intervenciones medicalizadas, comunes en la atención obstétrica hospitalaria, el gremio médico especialista en ginecología y obstetricia se manifestó abiertamente en contra, tan es así que en 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) emitió un comunicado:

Estamos en total desacuerdo con que se le denomine violencia obstétrica a la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y su hijo, claramente señaladas en la normatividad oficial mexicana. Las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria en nuestro país no permiten realizar las prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, que serían deseables. Dicha infraestructura es uno de los principales factores que intervienen en este complejo proceso y los ginecoobstetras somos totalmente ajenos a ella [...] La carencia de instalaciones apropiadas, de suministros esenciales y de personal calificado son una realidad inobjetable [...] No ha sido, ni será la solución, enfocarse en generar leyes de carácter punitivo para quienes tienen como objetivo único y esencial el cuidado y bienestar de las mujeres durante el proceso reproductivo [...] La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología [...] respaldará solidaria y legalmente a cualquier especialista en Ginecología y Obstetricia que sea señalado por su quehacer científicamente validado y oficialmente normado. (FEMECOG, 2015)

23. Este pronunciamiento resaltó, además del rechazo a la denominación y su

¹⁰ Violencia Obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. SESIA, Paola. Idem.

inclusión en leyes en contra de la violencia de género, su inconformidad por no poder llevar a cabo prácticas medicalizadas y patologizantes rutinarias en la atención hospitalaria del nacimiento, pese a que estas no responden (o no siempre lo hacen) a la medicina basada en la evidencia o bien, implican riesgos adicionales para la salud de la madre y el hijo, aumentan el sufrimiento de la mujer y restan protagonismo y capacidad de decisión libre e informada.

24. Se estima que ello es así porque las cesáreas innecesarias y otras intervenciones medicalizadas se han naturalizado y normalizado dentro del sistema de salud y en la práctica ginecoobstétrica, cuyas consecuencias negativas se minimizan o invisibilizan y se justifican, a los ojos del personal especialista, como prácticas de "conocimiento legitimado".

25. Así mismo, de la propia declaración se evidencia la preocupación de la Federación ante las posibles amenazas legales que pudiesen resultar para los médicos como consecuencia de la inclusión de violencia obstétrica en las leyes federal y estatales; sin embargo, de dicha manifestación también se desprende que existen condiciones estructurales y sistémicas en la atención hospitalaria que impiden aplicar buenas prácticas -como el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, o intervenir en casos necesarios de urgencia- por falta de insumos o recursos humanos suficientes; en otras palabras, se pone de manifiesto que, efectivamente, hay condiciones sistémicas que promueven situaciones que podrían caer dentro de la definición de violencia obstétrica que escapa al control del personal médico.¹¹

26. Según la Doctora Sesia, tal vez la diferencia más importante que existe en los posicionamientos, intereses y estrategias de autoridades en salud y los prestadores de servicios, es la resistencia de las autoridades en salud en reconocer que las

¹¹ El personal médico lo que teme son las consecuencias legales, laborales y financieras por su actuación, incluyendo sanciones que las mismas autoridades de salud ejercen contra ellos.

violaciones también ocurren porque los contextos en donde se dan los partos hospitalarios enfrentan situaciones de corte estructural tales como la saturación de servicios, carencias de personal, equipo y fármacos, espacios inapropiados para una atención más humanizada y de acuerdo a la medicina basada en evidencia, entre otros, que en un momento determinado rebasan la responsabilidad individual¹² para trasladarse o convertirse en una responsabilidad institucional.

27. Finalmente, no evidenciar y llamar a la violencia obstétrica por su nombre implicaría reducirla a una cuestión técnica de calidad o falta de calidad de la atención, se reduciría a la dimensión micro de la interacción comportamental entre individuos y se invisibilizarían por más tiempo las condiciones macroestructurales que la producen, al tiempo que la reproducen, la profundizan y la naturalizan y evitan cuestionar de fondo la genealogía, ideología y práctica la ginecoobstetricia quitando a la mujer centralidad y autonomía de decisión a través de los mecanismos de expropiación del proceso del parto a manos del personal de salud.

II. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CIFRAS

28. Desde hace varios años se han venido documentando una serie de denuncias que señalan que en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres.¹³

29. Antes de 2016 eran nulos los datos sobre la extensión del problema en México; la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016

¹² Porque no se permite a los médicos desempeñar su función de manera oportuna y adecuada

¹³ Castro, Roberto; Erviti, Joaquina. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. López, Rico, B., Langer, A., y Espinoza, G. (Comps.). Género y Política en Salud. México: SSA-UNIFEM

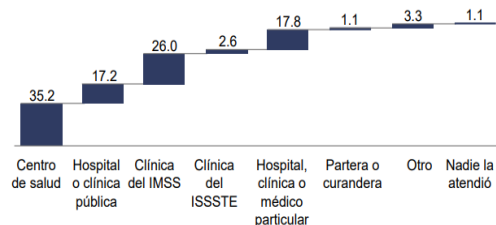
(ENDIREH) ¹⁴ fue la primera encuesta nacional, ¹⁵ en indagar sobre la situación del maltrato obstétrico durante el parto o cesárea de las mujeres.

30. De acuerdo con los resultados obtenidos, en México vivían 32 millones 882 mil 185 mujeres en edad fértil, es decir, mujeres de entre 15 a 49 años, lo que representaba un total del 70.7% de las mujeres de 15 años y más; las más jóvenes (menores de 20 años) son un 11.8%, 40.7% tiene edades entre 20 a 39 años y el 18.2% tiene entre 40 y 49 años. ¹⁶

31. Los lugares a donde más asistían las mujeres para dar seguimiento a su embarazo eran los centros de salud (35.2%), seguidos de una clínica del IMSS (26.0%), una institución de salud particular (17.8%) o un hospital o clínica pública (17.2%)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han estado embarazadas durante los últimos 5 años¹ según lugar donde la atendieron la mayoría de las veces para consulta de control prenatal del último embarazo
2016

Gráfica 6.13



Nota: La suma de los porcentajes de los lugares donde atendió sus consultas de control prenatal no suma 100 por ciento, pues cada mujer pudo haber acudido a más de un lugar.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

17

¹⁴

https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197124.pdf

¹⁵ Llevada a cabo de octubre de 2011 a octubre de 2016 y al parecer es la única encuesta concluida que se ha llevado porque no se tiene dato de los resultados de la encuesta de ENDIREH 2021 que se llevó a cabo del 2 al 30 de septiembre de 2020 según la página <https://www.gob.mx/indesol/articulos/consulta-publica-de-la-encuesta-nacional-sobre-la-dinamica-de-las-relaciones-en-los-hogares-endireh>

¹⁶

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197124.pdf p. 309

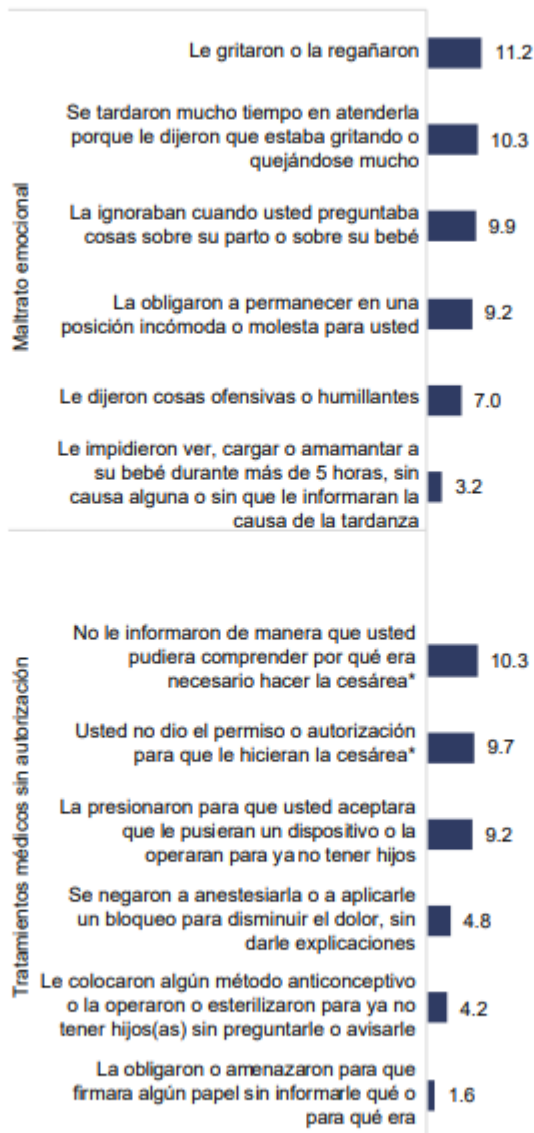
¹⁷ Ibid. P. 313

32. Dado que el 95.5% de los partos o cesáreas se atendieron en alguna institución pública o privada resulta relevante develar las características que las colocaron en una situación de vulnerabilidad.

33. Con respecto a las cifras sobre las situaciones de maltrato que pudieron haber experimentado los poco más de 8.7 millones de mujeres cuyo último parto o cesárea ocurrió entre los años de 2011 a 2016, se tiene que en las situaciones de maltrato emocional, alrededor de casi 980 mil mujeres señalaron que le gritaron o la regañaron, poco más de 900 mil mujeres refirieron que en la institución donde se atendió se tardaron mucho en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho, poco más de 866 mil señalaron que las ignoraron cuando preguntaban cosas sobre su parto o sobre su bebé, alrededor de 807 mil mujeres las obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta, aproximadamente a 613 mil mujeres les dijeron cosas ofensivas o humillantes y a poco más de 280 mil mujeres les impidieron tener contacto con su bebé por más de cinco horas sin que les explicaran o informaran los motivos de la tardanza.

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto ocurrió durante los últimos 5 años por situación de maltrato durante el parto 2016

Gráfica 6.17



* Estas situaciones se consideran solo para las mujeres cuyo último hijo(a) nació por cesárea.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

34. Por lo que respecta a tratamientos médicos sin autorización para los casi 3.8 millones de mujeres cuyo último hijo(a) nació por cesárea, se tiene que cerca de 364 mil mujeres no dieron el permiso o autorización para que les realizaran cesárea, mientras que alrededor de 385 mil mujeres no les informaron de manera que ellas pudieran comprender por qué era necesario hacer la cesárea.

35. Es importante destacar que entre quienes señalan que no autorizaron la cesárea, en el 84.2% de los casos alguien autorizó el procedimiento, en 57.3% fue el esposo o pareja, 19.6% fueron los padres o algún familiar y en 7.3% otra persona; en el restante 15.8% nadie autorizó el procedimiento.

36. El resto de las situaciones aplicaron para todas las mujeres cuyo último parto ocurrió en los últimos 5 años y entre ellas la situación de maltrato que más señalaron fue que las presionaron para que aceptaran que les colocaran un dispositivo o las operaran para ya no tener hijos(as), esto lo señalaron aproximadamente 808 mil mujeres, a poco más de 423 mil mujeres les negaron la anestesia o bloqueo para disminuir el dolor sin darle explicaciones, a cerca de 365 mil mujeres les colocaron algún método anticonceptivo, operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle y a casi 143 mil mujeres las obligaron o amenazaron para que firmaran algún papel sin informarles qué o para qué era.

37. Considerando todas las situaciones listadas en el grafico que antecede se tiene que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos cinco años y experimentó al menos una situación de maltrato emocional fue de 23.9%, es decir, casi 2.1 millones de mujeres. Mientras que las mujeres que no autorizaron algún tratamiento médico o fueron forzadas a aceptarlo fue del 20.1% a nivel nacional, alrededor de 1.8 millones de mujeres. En total considerando ambos tipos de situaciones, la prevalencia total de maltrato obstétrico a nivel nacional fue de 33.4%, es decir, poco más de 2.9 millones de mujeres vivieron al menos una situación de maltrato de 2011 a 2016.

38. De acuerdo a la encuesta que nos ocupa, a nivel estatal obtuvo que **las prevalencias más altas de maltrato obstétrico se encontraron en el Estado de México** (39.5%), Ciudad de México (39.2%), Tlaxcala (37.7%), Morelos (37.2%) y Querétaro (36.9%). Mientras que las más bajas prevalencias se encontraron en Chiapas (20.8%), Chihuahua, Guerrero (26.3%), Nuevo León (26.9%) y Sinaloa (28.0%).

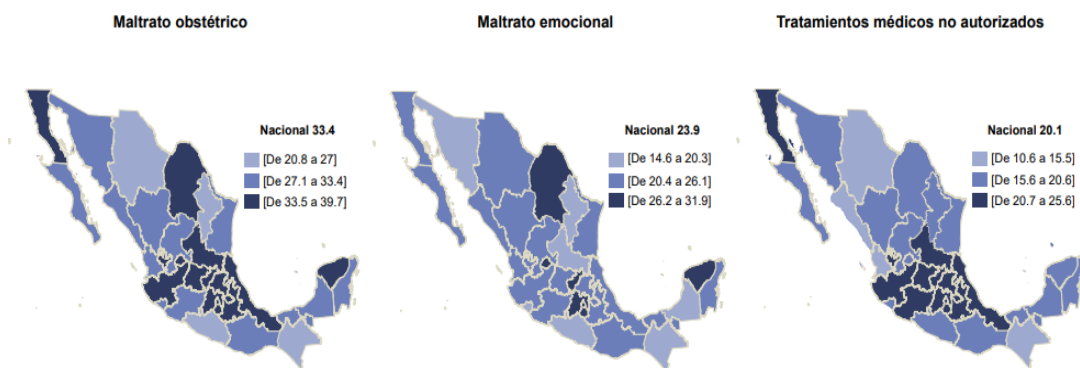
39. Por tipo de situación se tiene que **los porcentajes más altos de maltrato emocional se dieron** en Ciudad de México (31.7%), **Estado de México** (29.4%), Yucatán (27.8%), Coahuila de Zaragoza (27.2%) y Querétaro (26.9%). En contraste las entidades donde se observan los menores porcentajes de mujeres que manifestaron que ocurrieron este tipo de situaciones fueron: Chiapas (14.6%), Campeche (17.0%), Nuevo León (17.6%), Sonora (18.3%), Guerrero (19.5%).

40. En lo que corresponde a situaciones en donde se aplicó a las mujeres tratamientos médicos sin su autorización o las forzaron para aceptarlos, las entidades con el mayor número de mujeres que reportaron dichas situaciones fueron: Tlaxcala (25.4%), Guanajuato (25.2%), Jalisco (23.5%), San Luis Potosí (23.4%) y Querétaro (23.3%). Las entidades donde menos mujeres reportaron que les ocurrieron estas situaciones fueron: Chiapas (10.6%), Sinaloa (14.0%), Nayarit (14.3%), Chihuahua (14.7%), Colima y Zacatecas (15.7%).

41. De las cifras que anteceden destaca que **Ciudad de México y Estado de México encabezan los mayores porcentajes de mujeres con maltrato obstétrico y maltrato emocional**, así como Tlaxcala que se ubica dentro de las cinco entidades más alta de maltrato obstétrico y además es la mayor entidad con mujeres a las que se les aplicó tratamientos médicos no autorizados.

Prevalencia de maltrato obstétrico entre las mujeres de 15 a 49 años que cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años, a total y por tipo de situación de maltrato 2016

Mapa 6.3



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

19

42. Otros resultados que sobresalen son Chiapas cuya entidad es la que tuvo los porcentajes más bajos de mujeres con maltratos en la atención obstétrica, así como Guerrero, Nuevo León, Chihuahua y Sinaloa que son las otras cuatro entidades con las prevalencias más bajas de maltrato obstétrico y además se mantienen en lugares similares por tipo de situación, es decir, Guerrero y Nuevo León ocupan el tercer y quinto lugar de porcentajes más bajos en maltrato emocional, mientras Sinaloa y Chihuahua son la segunda y cuarta entidad con menos mujeres a las que les aplicaron tratamientos médicos no autorizados.

43. Al desagregar la prevalencia de maltrato obstétrico por tipo de situación y lugar donde se atendieron las mujeres, se tiene que las mujeres reportaron que fue en las instituciones de salud pública en donde vivieron algunas de estas situaciones, mientras que en las instituciones de salud particulares las prevalencias se reducen a más de la mitad, tanto en la prevalencia total como por tipo de situación.

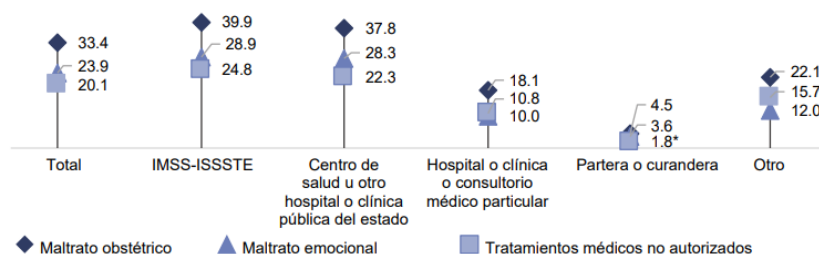
¹⁹ Ibid. p. 319

44. Entre las instituciones de salud pública destaca que la prevalencia más alta de maltrato obstétrico fue en hospitales o clínicas del IMSS o ISSSTE, siendo mayor por dos puntos porcentuales que los hospitales o clínicas de salud del estado, además esa misma diferencia se mantuvo en los porcentajes de mujeres que reportaron alguna situación en donde se les aplicó un tratamiento médico sin su autorización o fueron forzadas a aceptarlo.

45. Para los hospitales o clínicas particulares destaca que la proporción de mujeres por tipo de situación es similar, es decir, 10.0% reportó maltrato emocional y 10.8% tratamientos médicos no autorizados. Entre quienes acudieron a atender su último parto con una partera o curandera, solo 4 de cada 100 reportaron haber experimentado maltrato obstétrico, entre las cuales casi 4 reportaron alguna situación de maltrato emocional y 2 algún tratamiento médico sin autorización.

Prevalencia de maltrato obstétrico entre las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años, a total y por tipo de situación de maltrato, según lugar donde se atendió 2016

Gráfica 6.18



* La estimación no se considera estadísticamente representativa, por lo que se advierte que estos resultados deben ser utilizados con cautela, sólo se presentan para tener un indicio del comportamiento del fenómeno.
Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

20

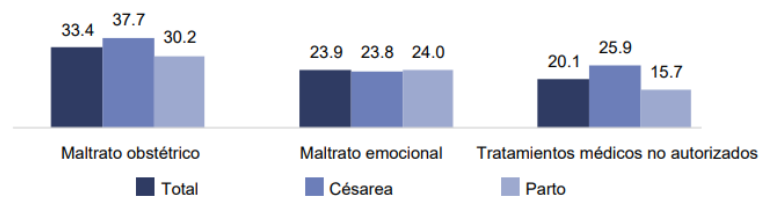
46. Así, la prevalencia de maltrato obstétrico por tipo de nacimiento es mayor entre quienes tuvieron una cesárea, la cual es mayor cuatro puntos porcentuales con

²⁰ Ibid. 320

respecto al dato nacional y alrededor de siete puntos mayor a quienes tuvieron un parto. Entre los porcentajes de mujeres que reportaron al menos una situación de maltrato emocional se observan porcentajes bastante similares entre el dato nacional y por tipo de nacimiento. Para quienes reportaron un tratamiento médico no autorizado o fueron obligadas a aceptarlo se puede observar que la mayor proporción se registró entre quienes tuvieron a su último(a) hijo(a) por cesárea, la cual es mayor a 10 puntos porcentuales que quienes tuvieron un parto.

Prevalencia de maltrato obstétrico entre las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años, a total y por tipo de situación de maltrato, según tipo de nacimiento 2016

Gráfica 6.19



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

21

47. La prevalencia de maltrato obstétrico por algunas características de las mujeres, se puede observar que entre las mujeres que residen en localidades urbanas la prevalencia de maltrato obstétrico es mayor a quienes viven en localidades rurales por cuatro puntos porcentuales. En cuanto a los tipos de situaciones, se observa que la prevalencia del maltrato emocional así como de los tratamientos médicos no autorizados es mayor entre las mujeres que residen en localidades urbanas que entre las que residen en localidades rurales.

²¹ Ibid. p. 320

Distribución y prevalencia de maltrato obstétrico de las mujeres de 15 a 49 años cuyo último parto o cesárea ocurrió durante los últimos 5 años por principales características, según tipo de situación de maltrato 2016 Cuadro 6.6

Características	Absolutos	Relativos	Prevalencia de Maltrato obstétrico	Tipo de situación de maltrato	
				Maltrato Emocional	Tratamientos médicos no autorizados
Total	8 743 987	100.0	2 921 514	2 093 656	1 758 598
			33.4	23.9	20.1
Tipo de localidad de residencia					
Rural	2 303 691	26.3	30.3	21.6	18.1
Urbano	6 440 296	73.7	34.5	24.8	20.8
Nivel de escolaridad¹					
Ninguno	160 031	1.8	31.0	25.4	17.4
Básica incompleta	1 760 958	20.1	30.6	21.4	18.5
Básica completa	3 539 309	40.5	35.6	25.8	21.5
Media superior completa	2 200 354	25.2	35.4	24.9	21.6
Superior completa ²	1 081 525	12.4	26.9	20.0	15.6
Grupos de edad					
15-19	661 254	7.6	36.2	24.4	21.9
20-29	4 468 062	51.1	36.4	26.4	22.1
30-39	3 045 905	34.8	29.6	21.4	17.1
40-49	568 766	6.5	26.8	17.9	18.1
Estado conyugal					
Casada o unida	7 165 158	81.9	33.0	23.5	19.8
Separada, divorciada o viuda	954 416	10.9	36.0	26.6	21.5
Soltera	624 413	7.1	34.6	25.0	21.7
Condición de habla de lengua indígena y/o pertenencia a un hogar indígena^{1,2}					
No habla ni pertenece a un hogar indígena	7 768 616	88.8	33.7	24.1	20.3
Habla y/o pertenece a un hogar indígena	975 102	11.2	31.4	22.6	18.4

¹ La suma de la distribución no corresponde con el total, debido a que se excluye la categoría No especificado.

² Esta categoría incluye estudios de posgrado.

³ Se considera que una mujer es indígena, si habla una lengua indígena y/o pertenece a un hogar indígena que es aquel donde el o la jefa del hogar, su cónyuge o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a)) del jefe o su cónyuge hablan una lengua indígena.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2016.

22

48. De acuerdo con el nivel de escolaridad, las mayores prevalencias de maltrato obstétrico se encuentran entre quienes concluyeron la secundaria o la educación media superior y la menor prevalencia se encuentra entre quienes concluyeron la educación superior.

²² Ibid. p. 321

49. Por grupos de edad se observa que, entre las mujeres más jóvenes, es decir, menores de 30 años se registran las prevalencias más altas de maltrato obstétrico, así como por tipo de situación, las cuales son al menos cinco puntos porcentuales más altas que quienes tienen entre 30 a 39 años o de 40 a 49 años.

50. De acuerdo con el estado conyugal tenemos que la prevalencia más alta de maltrato obstétrico se registra entre las separadas, divorciadas o viudas con un 36.0%, seguida de la registrada para las solteras con un 34.6% y finalmente entre las casadas o unidas se reportó un 33.0 por ciento.

51. Por último, para la condición de habla de lengua indígena y/o pertenencia a un hogar indígena se observa que entre quienes no hablan ni pertenecen a un hogar indígena la prevalencia de maltrato obstétrico es mayor que entre quienes hablan una lengua indígena y/o pertenecen a un hogar indígena.

52. En resumen, este primer acercamiento a las situaciones de negligencia en la atención obstétrica que se presenta en las instituciones de salud, los datos de la ENDIREH 2016 permitieron tener una dimensión del problema y visibilizar que al menos una tercera parte de las mujeres que tuvieron un parto o cesárea experimentó una situación de maltrato en su último parto o cesárea, ya sea alguna agresión emocional o incluso tratamientos no autorizados.

53. También reveló que las instituciones de salud públicas son donde se presenta una mayor proporción de mujeres con al menos una situación de maltrato, mientras que en las instituciones de salud privadas dicha proporción se reduce casi a la mitad. Asimismo, reveló que las mujeres jóvenes y que residen en localidades urbanas son quienes más reportaron este tipo de situaciones. Si bien aún hay interrogantes por

responder, los primeros resultados brindan un panorama sobre la presencia de un problema en las instituciones de salud sobre el cual hay que trabajar.

54. Con relación a las inconformidades formuladas con motivo de actos que implican violencia obstétrica, de acuerdo a los datos estadísticos con que cuenta esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de México se advierte que, durante los años dos mil veinte y dos mil veintiuno se mantuvo una constante en el número de quejas interpuestas por violaciones al derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia obstétrica; en tanto que, al mes de mayo de dos mil veintidós se advierte que prácticamente se alcanzan las cifras que se tuvieron durante los años dos mil veinte y veintiuno, lo cual lleva a considerar que probablemente se superarán el número de quejas que se interpusieron en años anteriores por violencia obstétrica conforme a la tabla siguiente:



1. Número de quejas radicadas en 2020, 2021 y 2022 por el derecho violatorio "DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA"

DERECHO GENERAL	DERECHO ESPECÍFICO	2020	2021	2022	TOTAL
DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD	DERECHO DE LAS MUJERES A NO SER SUJETAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	6	6	4	16

2. Autoridades responsables

AUTORIDAD RESPONSABLE	2020	2021	2022	TOTAL
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	3	2	2	7
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	0	2	1	3
DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO	0	0	1	1
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	0	1	0	1
INSTITUTO DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL EST	0	1	0	1
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS	2	1	0	3
H. AYUNTAMIENTO DE HUIXQUILUCAN	1	0	0	1
TOTAL*	6	7	4	17

*Un expediente de queja puede tener más de un derecho violado

²³ Fuente: UIPPE de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

55. En consonancia con lo anterior, del total de Recomendaciones que emitió esta Casa de la Dignidad y las libertades en 2018 el 25% correspondió a violencia obstétrica; para 2019, se mantuvo en un 25%; en 2020, disminuyó a 16.6% volviéndose a incrementar para 2021 representando un 20%, lo que en su conjunto representa casi un 22% de Recomendaciones emitidas por concepto de violencia obstétrica. De las cuales, 12.5% se encuentran en seguimiento respecto al año 2018; 25% respecto de 2019; 16.6% por cuanto al año 2020 y el 20% con relación al año 2021.²⁴

III. EL DERECHO DE LA MUJER A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

56. Es obligado decir que la violencia contra la mujer es cualquier acción u omisión, basada en su género, que le causa daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado, como en el público.

57. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la sentencia del “Caso Fernández Ortega y otros vs México”, emitida el 30 de agosto de 2010, señaló que la violencia contra la mujer no sólo constituye una violación de los derechos humanos, sino que es una ofensa a la dignidad humana que trasciende todos los sectores de la sociedad y afecta negativamente sus propias bases.

58. El reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres ha generado una serie de instrumentos internacionales que el Estado mexicano ha adoptado; de entre los cuales se pueden citar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW, de 1979, ratificada por México en 1981; la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing 1995 y su Plataforma de Acción y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la

²⁴ Fuente: Unidad de Seguimiento de Recomendaciones y Proyectos de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Violencia contra la Mujer también conocida como la "Convención de Belém do Pará", ratificada por México en diciembre de 1998.

59. En este sentido, tal y como se puede deducir con meridiana claridad, hablar de violencia obstétrica, también implica hablar del derecho a la salud de las mujeres antes, durante y después del parto dado de que estos derechos, según se ha visto, se encuentran interconectados en tratándose de violencia obstétrica a través de la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza también la viabilidad del producto de la gestación y la protección ulterior del derecho a la salud del recién nacido.

60. Los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y b) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador"), reconocen que "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; asimismo que los Estados parte "se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad y b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado".

61. La Comisión Nacional de Derechos Humanos se ha pronunciado en el sentido de que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de

elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.²⁵

62. Respecto del derecho a la salud de las mujeres, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General N° 24 señaló que “el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”.²⁶

63. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su “Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, enfatizó que es deber de los Estados garantizar el derecho a la salud.²⁷ Además, se puntualizó que: “es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.²⁸

64. La integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”.²⁹

²⁵ Recomendación 36/2018 CNDH, párrafo 29

²⁶ https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/mujeres3/html/cedaw/Cedaw/3_Recom_grales/24.pdf

²⁷ <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternacap1.sp.htm>

²⁸ Ídem. Párrafo 27

²⁹ <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7512.pdf> párrafo 84

65. En este sentido, específicamente por lo que respecta a la violencia obstétrica, el artículo 27 Bis. De la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México establece que la violencia obstétrica **se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas**, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes.

66. De igual forma, se configura violencia obstétrica cuando se niegue a la mujer el acceso a tratamientos en caso de infertilidad o el uso de métodos anticonceptivos.

67. Así mismo, el artículo 27-Ter de la ley en cita establece que:

Artículo 27 Ter.- Son actos u omisiones constitutivos de violencia obstétrica, de manera enunciativa, pero no limitativa, los siguientes:

- I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta.
- III. Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- IV. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- V. Practicar el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante de existir condiciones para el parto natural.
- VI. Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- VII. Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables.

- VIII. Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención.
- IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.

68. Cita de la cual se colige sin lugar a dudas que, como se refirió en el apartado I de la presente Recomendación, muchos y múltiples pueden ser los supuestos que pueden dar lugar a la configuración de actos de violencia obstétrica, teniendo como nota distintiva la afectación o el daño a la dignidad, integridad o libertad de la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio, post parto o en emergencias obstétricas.

69. Es de resaltar que, de acuerdo con la Ley en consulta, la violencia obstétrica puede ser cometida no solo por el personal médico, sino también por personal paramédico, de enfermería y administrativo, tanto de instituciones de salud públicas como privadas.

70. En este punto conviene hacer un paréntesis para referir que destaca y llama la atención a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de México que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia no prevé la violencia obstétrica como una forma de violencia hacia la mujer.

71. No obstante, por cuanto a la Legislación local la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México así como el Código Penal de la entidad sí lo prevén, éste último en su artículo 276, Capítulo segundo relativo a la Violencia Obstétrica; Subtítulo Quinto, intitulado Delitos de Violencia de Género; perteneciente al Título Tercero denominado Delitos contra las Personas; tipifica el delito de violencia obstétrica como:

Artículo 276. La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio

o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos por medio de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Comete este delito el personal de salud que:

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

A quien ejecute las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y VI, se le impondrán de tres a seis años de prisión y de cincuenta a trescientos días multa, quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y de cincuenta a doscientos días multa.

72. En adición a lo anterior, el artículo 278 del Código en consulta establece que:

Artículo 278. Comete el delito de esterilidad provocada quien, sin el consentimiento de la mujer, practique en ella procedimientos quirúrgicos, químicos o de cualquier otra índole para hacerla estéril.

Al responsable de esterilidad provocada se le impondrán de cuatro a siete años de prisión y de cincuenta a setenta días multa, así como el pago total de la reparación de los daños y perjuicios ocasionados, que incluirán los gastos de hospitalización, los del

procedimiento quirúrgico correspondiente para revertir la esterilidad y tratamiento médico.

Además de las penas señaladas en el párrafo anterior, se impondrá al responsable la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta hasta la inhabilitación definitiva, siempre que en virtud de su ejercicio haya resultado un daño para la mujer

73. De lo hasta aquí expuesto en el presente apartado permite inferir diversas conclusiones, por un lado, que la violencia obstétrica se encuentra tan normalizada que no se encuentra reflejada en la Ley general, en cuyo caso se especula se ha optado por configurarla como un tipo de violencia física, psicológica o institucional, por otro que, si bien la violencia obstétrica y la violencia institucional se asemejan en su concepción normativa, también lo es que la diferencia específica lo constituyen las personas que resienten la vulneración a sus derechos humanos (binomio madre-hijo) y por otra parte coma que tal vez no se ha llevado a cabo la modificación normativa en la Ley General para mantener una buena relación institucional con el gremio médico, dado que, no hay que olvidar que la diferencia más importante que existe en los posicionamientos, intereses y estrategias de autoridades en salud y los prestadores de servicios, es la resistencia de las autoridades en salud para reconocer que las violaciones también ocurren porque los contextos en donde se dan los partos hospitalarios enfrentan situaciones de naturaleza estructural tales como la saturación de servicios, carencias de personal, equipo y fármacos, espacios inapropiados para una atención más humanizada y de acuerdo a la medicina basada en evidencia, entre otros, que en un momento determinado rebasan la responsabilidad individual para trasladarse o convertirse en una responsabilidad institucional. Responsabilidad individual que resulta poco probable por dos razones la primera, mientras los profesionales de la salud brinden la atención médica con la calidad y la calidez idónea de acuerdo a sus posibilidades y limitaciones y se encuentre así plasmado en el expediente clínico, no tendrán problema y, la segunda, que cómo han podido advertir los profesionales de la salud, no se ha llevado a cabo

una “cacería de brujas” mediante el reconocimiento de la violencia obstétrica, antes por el contrario, no evidenciar y llamar a la violencia obstétrica por su nombre permite reducirla a una cuestión técnica, de calidad o falta de calidad de la atención que la circunscribe a una dimensión micro de la interacción comportamental entre individuos e invisibiliza las condiciones macro estructurales que la hacen posible, al tiempo que la reproducen, la profundizan, la naturaleza y evita cuestionar el fondo de la genealogía, ideología y práctica de la ginecoobstetricia quitándole a la mujer la centralidad y autonomía de decisión a través de los mecanismos de expropiación del proceso del parto según se refirió con antelación.

74. Por otra parte, no puede quedar de lado el tema relativo al interés superior del niño derivado de ese binomio madre-hijo que se suscita con motivo del embarazo y la atención médica a que tienen derecho.

75. En este sentido se tiene que, por cuanto al derecho a la salud de la niñez, la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 3°, establece que *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, [...] atenderá [...] el interés superior de la niñez”*.

76. Al respecto, el Comité sobre los Derechos del Niño ha señalado que “la plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holística del niño y promover su dignidad humana [...]”³⁰

77. Dicho Comité ha enfatizado que el objetivo del concepto de interés superior de la niñez es “garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos

³⁰ Comité sobre los Derechos del Niño. Observación General 14, “Sobre el derecho del niño a que si interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)”, 2013, párrafo 5.

por la Convención y el desarrollo holístico del niño”, para lo cual resulta necesaria la adopción de “medidas especiales de protección”, atendiendo a la situación específica en la que se encuentran las niñas y niños³¹

78. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al referirse al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que goza la niñez, ha instado para que en todos los programas, políticas y atención médica proporcionada por el Estado, se tenga en consideración primordial el interés superior de las niñas, niños y adolescentes.³²

79. Por su parte el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud. El Comité sobre los Derechos del Niño, al interpretar el alcance de dicho precepto, ha sostenido que los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa”.³³

80. A nivel interno, el principio de interés superior es retomado por el artículo 4° de la Constitución Política Federal, y el artículo 18 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que dispone, que “En todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.³⁴

81. Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas jurisprudencias relativas a ese principio entre las que destacan: “Interés superior de la niñez. El artículo 4°. párrafo octavo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representa un punto de convergencia con los derechos de la

³¹ Ibid. párrafo 4

³² Observación General 14, “Sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 2000, párr. 24

³³ Observación General 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute más alto posible de salud”, 2013, párr. 25.

³⁴ https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-01/Ley_GDNNA.pdf

infancia reconocidos en tratados internacionales”,³⁵ “Interés superior del niño. Función en el ámbito jurisdiccional”,³⁶ “Interés Superior del menor. el ejercicio del derecho de los menores de edad a participar en los procedimientos que afecten su esfera jurídica involucra una valoración de parte del Juez”,³⁷ e “Interés superior del menor como elemento de interpretación en el ámbito jurisdiccional”,³⁸ que abordan el origen y relevancia de este principio y la obligación de las autoridades de aplicarlo en los casos donde se encuentren involucrados niños y niñas.

82. Disposiciones normativas y de jurisprudencia que ponen de manifiesto que las decisiones que adopten los órganos del Estado, se deben regir por el interés superior del menor.

83. En este sentido y de manera complementaria, en tratándose de violencia obstétrica el artículo 277 del Código Penal del Estado de México señala:

Artículo 277. Cuando por motivo del supuesto establecido en la fracción I del artículo anterior se cause la muerte del producto de la concepción, con independencia de las penas que se señalan, además se aplicarán las establecidas para el delito de homicidio.

84. Lo anterior autoriza a concluir que el interés superior de la niñez, debe ser interpretado de forma tal que se visualicen sus tres facetas, es decir, como un

³⁵ INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ. EL ARTÍCULO 4o. PÁRRAFO OCTAVO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, REPRESENTA UN PUNTO DE CONVERGENCIA CON LOS DERECHOS DE LA INFANCIA RECONOCIDOS EN TRATADOS INTERNACIONALES. Registro digital: 2003068, Instancia: Primera Sala, Tesis: 1a. LXXVII/2013, Décima Época, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta., Libro XVIII, Marzo de 2013, Tomo 1, página 887, Materia(s): Constitucional, Tipo: Aislada.

³⁶ INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO. FUNCIÓN EN EL ÁMBITO JURISDICCIONAL. Registro digital: 2006011, Instancia: Primera Sala, Tesis: 1a./J. 18/2014 (10a.), Décima Época, Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 4, Marzo de 2014, Tomo I, página 406, Materia(s): Constitucional, Tipo: Jurisprudencia.

³⁷ INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. EL EJERCICIO DEL DERECHO DE LOS MENORES DE EDAD A PARTICIPAR EN LOS PROCEDIMIENTOS QUE AFECTEN SU ESFERA JURÍDICA INVOLUCRA UNA VALORACIÓN DE PARTE DEL JUEZ. Registro digital: 2009010, Instancia: Primera Sala, Tesis: 1a./J. 12/2015 (10a.), Décima Época, Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 18, Mayo de 2015, Tomo I, página 383, Materia(s): Constitucional, Civil, Tipo: Jurisprudencia

³⁸ INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR COMO ELEMENTO DE INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO JURISDICCIONAL. Registro digital: 2008546, Instancia: Primera Sala, Tesis: 1a. LXXXIII/2015 (10a.), Décima Época, Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Libro 15, Febrero de 2015, Tomo II, página 1397, Materia(s): Constitucional, Tipo: Aislada.

derecho sustantivo, un principio jurídico interpretativo fundamental y como norma de procedimiento, en todos aquellos temas que interesen a la situación de la niñez.

85. Finalmente, no se puede concluir el presente apartado sin hacer referencia a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 titulada “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”³⁹ y el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”⁴⁰ de la Secretaría de Salud, norma y modelo que tutelan los derechos del binomio madre-hijo, con un enfoque humanizado, intercultural y seguro. El último de los citados responde a la problemática actual y toma en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normatividad vigente al momento de su emisión, los cuales pueden servir como marcos de referencia en el actuar de los profesionales de la salud a razón de que se abordan temas tales como la Medicina basada en evidencias, se toca el tema relativo a la Posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el sentido de aconsejar que el parto normal es un proceso saludable y que solo hay que intervenir si es necesario, se aborda del enfoque de derechos a nivel del marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva, el parto humanizado entre otros.

86. Por todo lo anterior, derivado del estudio y análisis cuantitativo y cuantitativo con relación a la Violencia Obstétrica, referidos en la presente Recomendación General, esta Casa de la Dignidad y las libertades, a efecto de coadyuvar con la buena administración pública y evitar posibles violaciones a derechos humanos emite la presente Recomendación General bajo una perspectiva amplia y progresiva con relación al Derecho de la Mujer a una vida libre de Violencia Obstétrica, por lo cual de manera preventiva, formula las siguientes:

³⁹ https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

⁴⁰ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>

RECOMENDACIONES GENERALES

**AL DIPUTADO SERGIO CARLOS GUTIÉRREZ LUNA
PRESIDENTE DE LA MESA DIRECTIVA DE LA LXV
LEGISLATURA DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS FEDERAL**

ÚNICO. Tomando en consideración que si bien este organismo constitucional autónomo sólo tiene competencia para conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones sobre presuntas violaciones a derechos humanos por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal en términos del artículo 13, fracción primera de su Ley, también lo es que de acuerdo a la fracción XX del referido numeral puede establecer y mantener canales de comunicación con autoridades e instituciones públicas federales estatales o municipales, así como con organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales en materia de derechos humanos.

En este sentido, sabedora de su alto compromiso con el pueblo de México, los derechos humanos y las mujeres mexicanas remito a su persona, como presidente de esa alta soberanía, un ejemplar de la presente Recomendación a efecto de que, de estimarlo pertinente, sea turnada a la comisión respectiva para que, con base en los argumentos expuestos en la misma y otros diversos que la puedan enriquecer se analice la viabilidad de incluir la figura de “Violencia Obstétrica” en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

**FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CLAMONT
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO Y
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO**

**BERTHA ALICIA CASADO MEDINA
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

PRIMERA. Que se diseñe y ponga en práctica una **política pública de prevención** de violaciones a los derechos humanos de las mujeres con motivo del embarazo, parto y puerperio, que tenga como eje y centro el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal con una perspectiva de derechos humanos y de género, **basada en acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud** que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres **tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016** intitulada **“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”** y el **“Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”** de la Secretaría de Salud, a fin de garantizar la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

SEGUNDA. Implementen en las instituciones de salud a su cargo, **una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres**, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio, **al tiempo que se brinde información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.**

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

CUARTA. Se incluya en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas (congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras) el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General.

La presente Recomendación es de carácter general, de acuerdo con lo previsto en el artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 1, 2, 13, fracciones I, III, VIII y IX, 28, fracción XV, y 99, fracción V, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México; y 106 de su Reglamento Interno si bien, según lo dispone el artículo 99, fracción V de su Ley, no requiere de aceptación por parte de las autoridades a quienes van dirigidas, este Organismo constatará el cumplimiento mediante la realización de estudios generales, constituyendo información pública cuyos resultados se contemplarán en el informe que la Presidencia anualmente presenta a los tres Poderes del Estado de México, según lo mandata el artículo 28, fracción VIII, de la Ley de este Organismo.

A T E N T A M E N T E

MTRA. EN D. MYRNA ARACELI GARCÍA MORON
PRESIDENTA