

4.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

4.1 / INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.¹

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica, por un lado la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”.²

AL RESPECTO LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) HA HECHO PÚBLICOS UNA SERIE DE LINEAMIENTOS QUE HA CLASIFICADO COMO:

1. Prácticas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas;
2. Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces, que habría que eliminar;
3. Prácticas sobre las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema y,
4. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.³ Entre las prácticas recomendadas destacan, entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir no hacer episiotomía, rasurado, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS, máximo entre 10 y 15% de los nacimientos.⁴

La segunda dimensión de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto”.⁵ Como alternativa, en años recientes ha adquirido fuerza un modelo de “parto humanizado”, el cual:

Pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental el que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, con quién parir.⁶

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo I de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), se entiende como violencia contra la mujer: “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”. Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9). En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.⁷

En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

Los actos u omisiones que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o mentales y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o mentales o con cualquier otro fin. En este sentido, el Comité contra la Tortura ha resaltado que las situaciones en las que las mujeres corren riesgo de sufrir torturas o malos tratos, “incluyen la privación de libertad, [y] el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción”.⁸

En el extremo de la violencia obstétrica sobresalen casos que revelan estrategias abusivas, como obtener la autorización para esterilizarlas o para colocarles un dispositivo intrauterino, durante el trabajo de parto (momento en que la mujer se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, lo cual no es la condición idónea para dar el consentimiento informado).⁹

Esto es una constante que se ha observado sobre todo en población indígena.¹⁰ Lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia los cuerpos de las mujeres pobres e indígenas con una amenaza para la salud pública y, por ello, enlazan la esterilización y el control de la fecundidad de este grupo específico de mujeres con los beneficios de programas sociales:

Aunque las esterilizaciones no son inherentemente 'opresivas' y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas pone en evidencia la existencia de valores sociales jerárquicos en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad.¹¹

La esterilización sin el debido consentimiento informado de la mujer constituye un acto de tortura y/o trato cruel, inhumano y degradante, y viola los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada, a la igualdad y a la no discriminación, así como a la dignidad, todos ellos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte.

En la esfera internacional, se han presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) casos sobre esterilización forzada de mujeres con VIH, como es el de *F.C. vs. Chile*¹² y de mujeres indígenas, como el de *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú*.¹³ Ante casos así, se alega la falta de protección de los Estados a las mujeres contra la violencia y la no discriminación, y la violación al derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Asimismo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), en el caso *A.S. vs. Hungría*¹⁴ declaró al Estado húngaro responsable por no haber garantizado el derecho al acceso a la información de A.S., una mujer roma (grupo étnico gitano) que fue esterilizada sin su consentimiento informado.

4.2 / SITUACIÓN EN MÉXICO

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo,¹⁵ lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio.

Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.¹⁶

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que

ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años. En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%.¹⁷

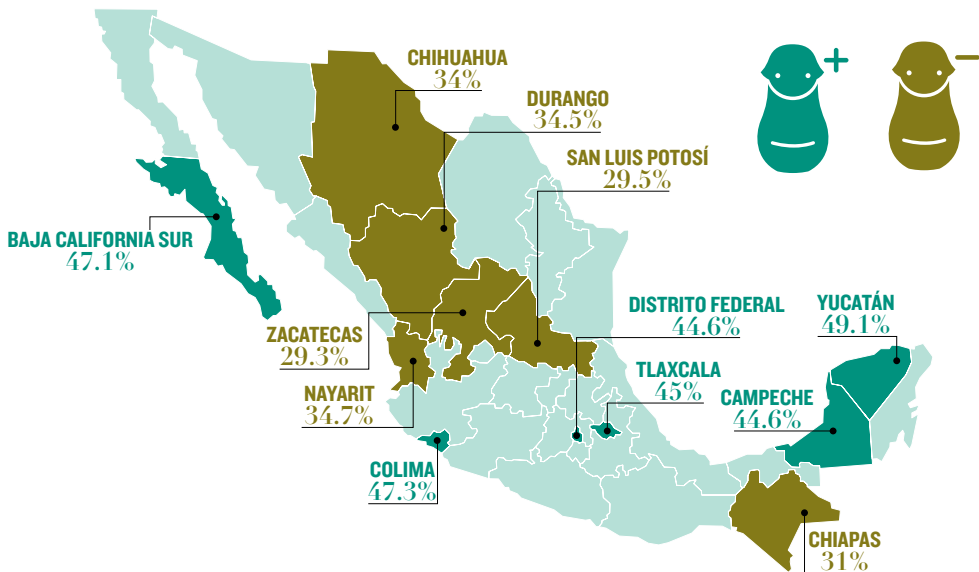
Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre),¹⁸ 2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se especifica.¹⁹

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR TIPO DE PARTO. MÉXICO 2009



Fuente: INEGI.

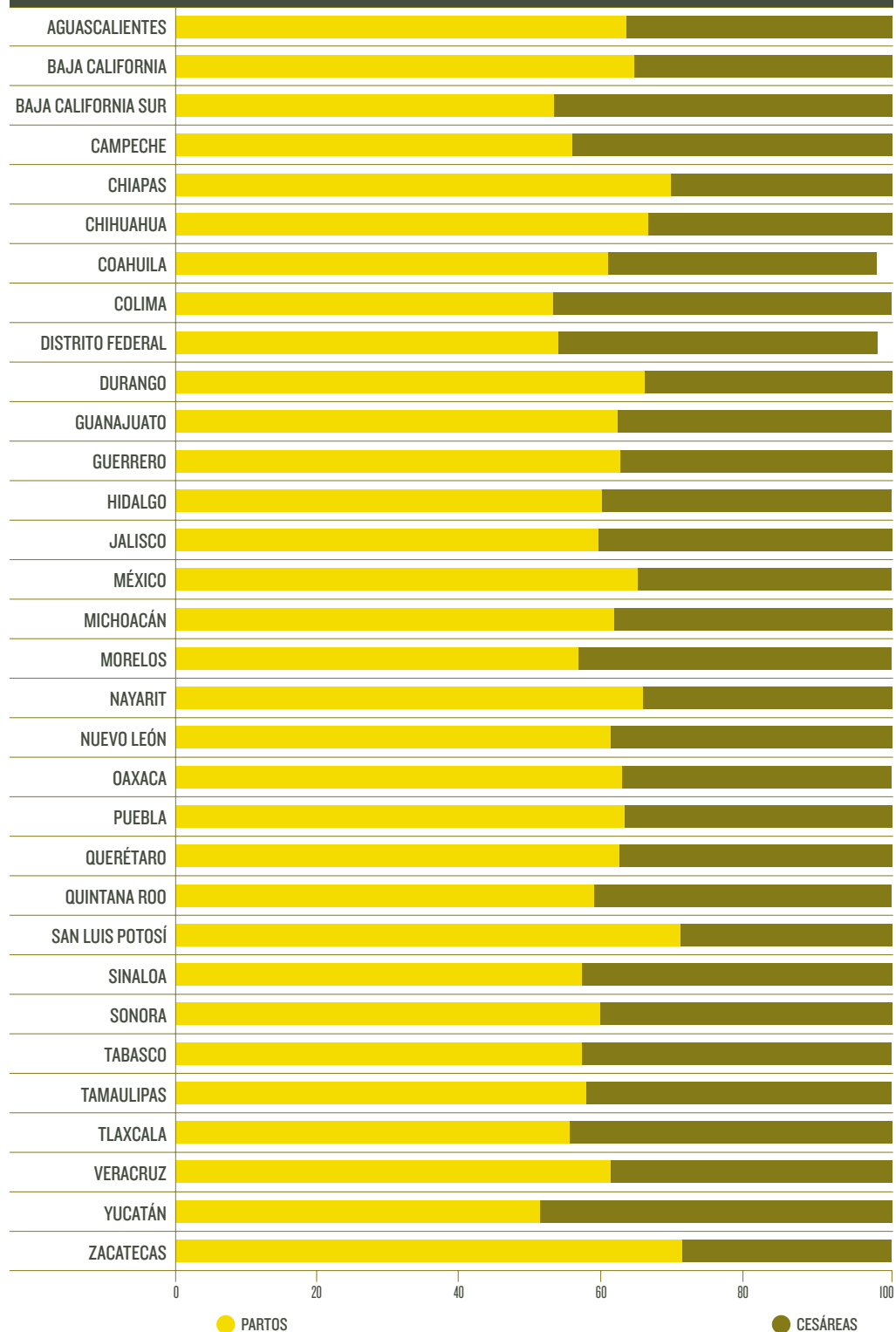
MENOR INCIDENCIA DE NACIMIENTOS POR CESÁREA²⁰



Se debe enfatizar que —como ya fue señalado— la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas.²¹ México tiene más del doble de este porcentaje recomendado, lo que habla de un abuso de este procedimiento.

Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

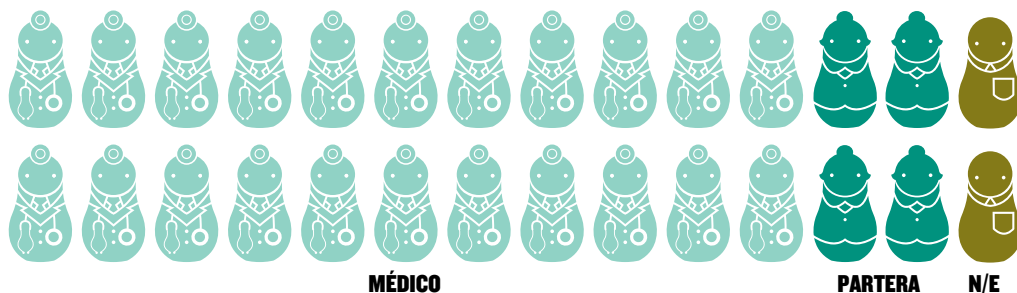
TIPO DE NACIMIENTO POR ENTIDAD / MÉXICO 2010



Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de la información del SINAIS.

A nivel nacional, en 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas fueron atendidas por un médico y 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida.²²

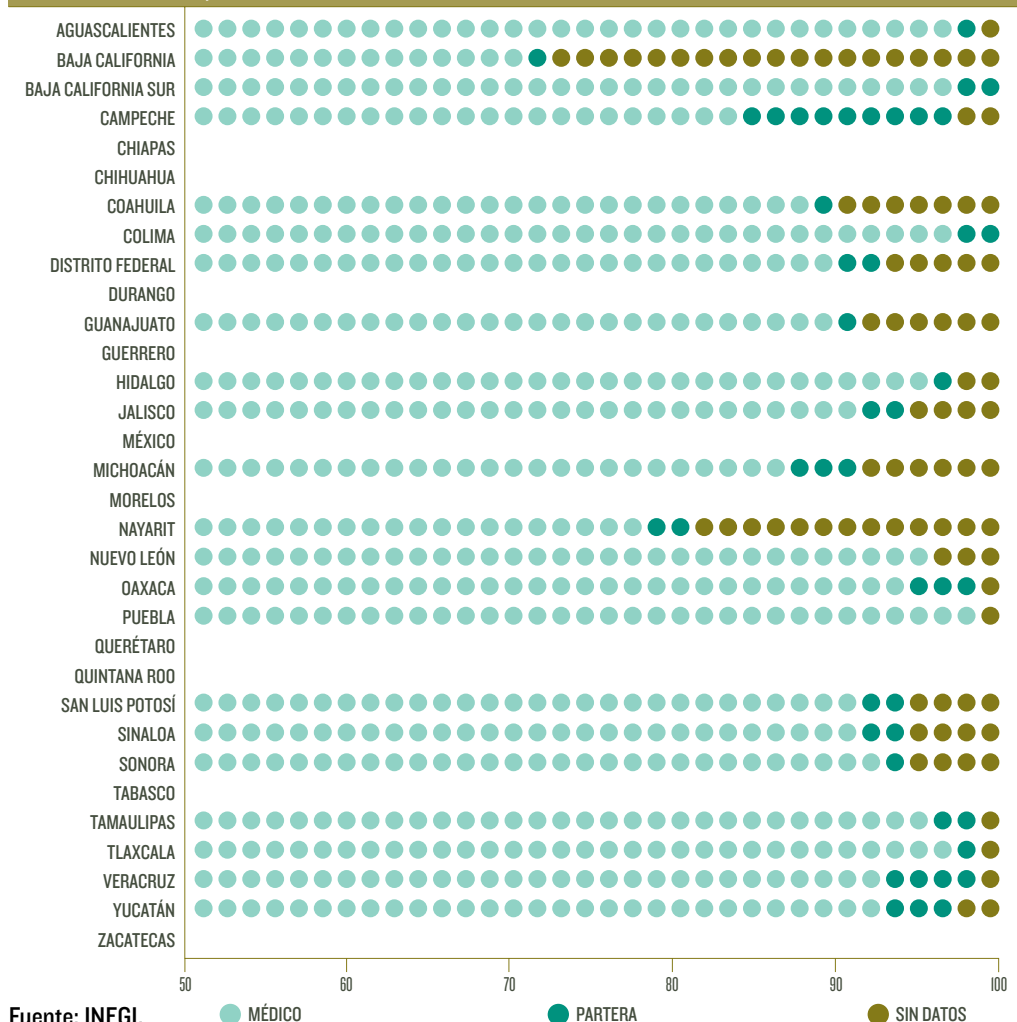
PERSONAL AL QUE SE ACUDE PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. MÉXICO 2010



Fuente: INEGI.

En los estados, este porcentaje se mantiene estable, aunque resaltan los casos de Baja California y Nayarit con un porcentaje menor de partos atendidos por un médico.

PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO POR ENTIDAD / MÉXICO 2010



Fuente: INEGI.

● MÉDICO ● PARTERA ● SIN DATOS

No existen estudios o informes cuantitativos que permitan dimensionar el problema de la violencia obstétrica, pero diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos dan cuenta de un patrón preocupante que es interesante hacer notar. En principio habría que señalar que “la violencia obstétrica continúa desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y práctica gineco-obstétrica”.²³

Las investigaciones que se han centrado en testimonios de mujeres resaltan las modalidades específicas que componen el maltrato y el abuso —lo que Castro y Erviti²⁴ identifican como las formas elementales del *continuum* de violación de los derechos reproductivos durante el parto o la cesárea— en la atención institucional del parto, las cuales —al no expresarse en un daño visible en la salud física de las mujeres— se encuentran invisibilizadas y naturalizadas tanto por las instituciones y el personal de salud como por las propias mujeres y sus familiares. No es objeto de este informe el estudio de estas formas de violencia obstétrica, pero sí es importante resaltar que los testimonios de las mujeres apuntan a una conclusión reveladora:

La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional.²⁵

Por otro lado, las investigaciones que centran el análisis en las percepciones del personal de salud sobre la reproducción, la maternidad y las mujeres son coincidentes con la cita anterior y reflejan que “en las construcciones discursivas de los participantes emerge un entramado complejo de creencias, mitos y dispositivos sociales que permiten cuestionar la credibilidad de algunas mujeres y al mismo tiempo responsabilizarlas de los resultados de los embarazos”.²⁶

4.3 / MARCO NORMATIVO

4.3.1 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en adelante ley general y leyes de acceso), que regulan las políticas públicas en la materia. La ley general no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local sólo los estados de Chiapas,²⁷ Guanajuato,²⁸ Durango,²⁹ y Veracruz³⁰ cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas.

La ley del Distrito Federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente, en su definición hace referencia a que es “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.³¹

La definición contenida en la Ley de Acceso de Guanajuato define a la violencia obstétrica como: “[...] 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”.³²

Las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Durango, Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en su definición todas comparten las siguientes conductas:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. 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.
4. 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.
5. Practicar la cesárea, aun cuando existen condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplan que el perpetrador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud, ya sea público, social o privado.

A. TIPIFICACIÓN DEL DELITO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El Código Penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica. Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:

[...] al revisar la Ley de Acceso podrán encontrarse en disposiciones legales que definieron diversos tipos y modalidades de violencia a que son sometidas las mujeres; no debe soslayarse que la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia también posee una arista que ordena adoptar medidas suficientes para sancionar estos actos de violencia, y por esto es necesario realizar un esfuerzo para que algunos de esos tipos y modalidades de violencia se tipifiquen en el ordenamiento penal[...]³³

Tal como fue reformado, el artículo 363 establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

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

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III y IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación —hasta por dos años— para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Si se compara la definición incorporada en la Ley de Acceso de Veracruz con las fracciones contenidas en el Código Penal del mismo estado, no se encuentra innovación o mayor descripción de las conductas que atentan contra la dignidad de las mujeres en materia de violencia obstétrica, salvo la fracción IV del artículo 363 del Código Penal estatal.

Sobre la tipificación del delito de violencia obstétrica cabe señalar que en los estados de Puebla y Oaxaca se han presentado³⁴ sendas iniciativas de reforma para tipificar la violencia obstétrica como delito, pero hasta el momento no se han aprobado.

A este respecto, si bien hay ciertas conductas que deberían estar codificadas en el derecho penal, especialmente la esterilización forzada, cabe preguntarse si para otro tipo de conductas la utilización del derecho penal como mecanismo coercitivo es la respuesta adecuada para erradicar este tipo de violencia. Las teorías modernas del derecho penal como *ultima ratio* o derecho penal mínimo,³⁵ sostienen que la criminalización de una conducta debe ser la última medida a utilizar para lograr el respeto y garantía de los derechos humanos y el orden social. Por lo tanto, antes de criminalizar deberían buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos tendría que sancionarse por la vía administrativa o civil.

En este sentido, se debe considerar un tipo penal, de forma que sancione sólo ciertas conductas de violencia obstétrica, tales como la esterilización forzada. Para otro tipo de conductas, en vez de fórmulas penales que podrían “engrosar” el brazo criminalizador del Estado más que poner fin a la problemática estructural, habría

que buscar otras alternativas o vías de solución que incluyan medidas administrativas y de política pública. La penal no es una vía idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica ya que predispone a los médicos y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas sobre parto humanizado.

4.3.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993. ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO

El 6 de enero de 2005 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la resolución por la que se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM 007) que busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido	
OBJETIVO	Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.
CAMPO DE APLICACIÓN	Observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.
CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO	<p>Entre otras consideraciones, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Propiciar la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre. Se deberá respetar sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica. > No emplear rutinariamente analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta. > No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica. La Norma institucional al respecto debe aplicarse siempre. > Contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice, en relación con el total de nacimientos, se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y 20% en los del tercer nivel. Las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores. > Realizar sólo por indicación médica, y con el consentimiento de la mujer, el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto. > La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado que conozca la técnica de reparación adecuada. Su indicación deberá siempre asentarse por escrito e informar a la mujer.

Como se desprende del cuadro anterior, la NOM 007 indica las obligaciones de las y los prestadores de servicios de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio, con las cuales se pretende evitar la práctica de la violencia obstétrica en contra de las mujeres. En este sentido, resulta fundamental reforzar entre el personal médico el hecho de que las normas oficiales mexicanas son ordenamientos que les obligan jurídicamente en la práctica de sus funciones médicas. Actualmente, la NOM se encuentra en revisión y lo ideal es que los estándares más altos establecidos por la OMS sean incorporados, entre otras cosas sería deseable la inclusión y el reconocimiento de las parteras en la atención del parto, para que pueden llevar a cabo tareas fundamentales durante el mismo.³⁶

4.3.3 ESTERILIZACIÓN FORZADA

La prohibición de la esterilización forzada está contemplada en la Ley General de Salud y en algunas leyes locales de salud. Asimismo, se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal y en algunos códigos penales de las entidades.

En la Ley General de Salud se establece que: “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”.³⁷ Las sanciones a las que se hace referencia podrán ser: 1) Amonestación con apercibimiento; 2) Multa; 3) Clausura temporal o definitiva (parcial o total), y 4) Arresto hasta por treinta y seis horas. Además, se sancionará con una multa de entre seis mil y doce mil veces el salario mínimo. En 19 entidades federativas se cuenta con disposiciones similares a las de la Ley General de Salud.

La tipificación en el Código Penal Federal del delito de “esterilidad provocada sin el consentimiento” se encuentra en el capítulo de delitos contra los derechos reproductivos, e impone al responsable entre cuatro y siete años de prisión y hasta setenta días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados, además de la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta o la inhabilitación definitiva. Ocho estados también tienen tipificado, en sus códigos penales, el delito de esterilización forzada, en términos similares al código federal.

ESTERILIZACIÓN FORZADA		
ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
AGUASCALIENTES	<p>ARTÍCULO 75</p> <p>Quienes practiquen esterilización, implanten métodos anticonceptivos, o propicien el aborto sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p>	

ESTERILIZACIÓN FORZADA

ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
BAJA CALIFORNIA	ARTÍCULO 26 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal o civil en que incurran.	
BAJA CALIFORNIA SUR	ARTÍCULO 69 Quienes practiquen esterilización sin voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
CAMPECHE	ARTÍCULO 64 Quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a lo dispuesto en la Ley General, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
CHIAPAS		ARTÍCULO 186 BIS A quien sin el consentimiento de una persona y a través de cualquier medio, le provoque esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y sanción pecuniaria de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, más la reparación del daño.
CHIHUAHUA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
COAHUILA	ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	

ESTERILIZACIÓN FORZADA

ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
DISTRITO FEDERAL		ARTÍCULO 151 BIS A quien sin consentimiento de persona mayor de dieciocho años realice en ella un procedimiento de esterilización, se le impondrán de cuatro a siete años de prisión.
DURANGO	ARTÍCULO 88 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 236 Se impondrá de dos a seis años de prisión y multa de ciento cuarenta y cuatro a cuatrocientos treinta y dos días de salario y suspensión para ejercer la profesión de uno a tres años, al profesional de la medicina que: [...] IV. Practique esterilización con fines de infecundidad, sin la voluntad del paciente o ejerza presión para que éste la admita.
GUANAJUATO	ARTÍCULO 68 Quienes practiquen la esterilización o la colocación de instrumentos mecánicos anticonceptivos, sin el consentimiento del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
GUERRERO	ARTÍCULO 71 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	ARTÍCULO 147 B Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y multa de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, además de la reparación del daño.
MORELOS	ARTÍCULO 74 En el ámbito de los servicios de salud reproductiva, quienes practiquen una esterilización o un método de planificación familiar, sin la voluntad del paciente, o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de las responsabilidades penales en que incurran.	

ESTERILIZACIÓN FORZADA

ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
NAYARIT	<p>ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización o cualquier otro método anticonceptivo sin la voluntad del o de la paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p>	
OAXACA	<p>ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización o cualquier otro medio contraceptivo sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p>	
PUEBLA	<p>ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurran.</p>	<p>ARTÍCULO 343 TER A quien sin consentimiento previamente informado de persona mayor de dieciocho años realice en ella un procedimiento de esterilización irreversible, se le impondrán de diez a quince años de prisión. Si el procedimiento de esterilización es reversible se reducirá una tercera parte de la pena señalada.</p>
QUINTANA ROO	<p>ARTÍCULO 62 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p>	<p>ARTÍCULO 113 QUÁTER Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de cuatro a siete años de prisión y multa de cuarenta a ciento veinte días, más la reparación del daño.</p>
SAN LUIS POTOSÍ	<p>ARTÍCULO 57 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad de la o el paciente, o ejerzan presión para que la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.</p>	<p>ARTÍCULO 158 Comete el delito de esterilidad provocada, quien sin el consentimiento de una persona practique en ella procedimientos quirúrgicos con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de dos a seis años de prisión y sanción pecuniaria de cuarenta a ciento veinte días de salario mínimo, más la reparación del daño.</p>

ESTERILIZACIÓN FORZADA

ENTIDAD	LEY DE SALUD LOCAL	CÓDIGO PENAL LOCAL (TIPIFICACIÓN DEL DELITO)
TABASCO	ARTÍCULO 66 Quienes practiquen esterilización sin voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
TLAXCALA	ARTÍCULO 105 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita, serán sancionados conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
VERACRUZ		ARTÍCULO 160 BIS Comete el delito de esterilidad forzada quien practique u ordene que se realicen en una persona procedimientos quirúrgicos o de otro tipo sin su consentimiento, con el propósito de provocar esterilidad. Este delito se sancionará con una pena de tres a diez años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario, más la reparación del daño, que consistirá, de ser procedente, en la reestructuración, apertura, recanalización de conductos deferentes o cualquier otro procedimiento quirúrgico que restablezca la función reproductora anulada y, en su caso, tratamiento psicológico, cuyo costo será a cargo del agresor. Además de las penas previstas, se impondrá al sujeto activo, en su caso, privación del derecho de ejercer la profesión por un tiempo igual al de la pena de prisión, y si fuere servidor público, se le impondrá también destitución e inhabilitación, hasta por diez años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.
YUCATÁN	ARTÍCULO 68 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.	
ZACATECAS	ARTÍCULO 41 Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a la legislación civil y penal.	

Como se desprende del cuadro anterior, en las leyes de salud de estas 19 entidades federativas se establece que la esterilización forzada de una mujer tiene como consecuencia la imposición de sanciones administrativas, sin que ello excluya la posible sanción penal por considerarse también dicho acto como delito. En todos los estados la redacción es idéntica a la Ley General de Salud, excepto en Baja California en donde también se menciona la posible responsabilidad civil. Casi la mitad de las entidades federativas no establece la prohibición explícita de la esterilización forzada, lo cual resulta alarmante.

Es preocupante que la esterilización forzada no se contemple como delito en los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas, considerando que atenta gravemente contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas.

4.4 / IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO NORMATIVO

Para la elaboración de este informe se presentaron solicitudes de acceso a la información pública a instituciones de salud, federales y locales, y a las comisiones Nacional y locales de derechos humanos, a fin de conocer el grado de implementación de las normas relacionadas con la atención del embarazo y el parto, y con la violencia obstétrica. También se hicieron consultas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) sobre el número de quejas y las sanciones en esta materia. En el caso de Veracruz, se hizo además una consulta específica a la Secretaría de Salud y a la Procuraduría de Justicia locales para conocer el número de prestadores de salud que han sido denunciados por el delito de violencia obstétrica.³⁸

4.4.1 ATENCIÓN AL PARTO

Para obtener datos a nivel nacional en materia de atención al parto, se presentaron solicitudes de información a la Secretaría de Salud (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

De la información obtenida se desprende que los hospitales de la SSA, que atienden a población no asegurada y concentran el mayor número de partos atendidos durante los años 2009, 2010 y 2011,³⁹ mantienen un índice más bajo de cesáreas (25.6% en promedio) en comparación con los hospitales del IMSS⁴⁰ y del ISSSTE que, aunque concentran menos de la mitad de la población atendida en estos tres años, mantienen altos promedios en la práctica de cesáreas: 51 y 40%, respectivamente.

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011

Entidad	2009			2010			2011		
	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total
SSA	993,655 74.5%	339,919 25.5%	1,333,574 100%	1,011,243 74.3%	349,855 25.7%	1,361,098 100%	1,040,481 74.5%	356,825 25.5%	1,397,306 100%
IMSS	233,215 49%	243,252 51%	476,467 100%	219,348 48%	237,885 52%	457,233 100%	224,485 49%	238,166 51%	462,651 100%
ISSSTE	38,450 60.2%	25,422 39.8%	63,872 100%	41,020 59.3%	28,135 40.7%	69,155 100%	39,671 59.5%	27,016 40.5%	66,687 100%

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Es preocupante que las instituciones no hayan proporcionado información sobre la justificación médica para practicar cesáreas. En el caso del IMSS, donde se practica el mayor porcentaje de cesáreas, no atiende ni a sus propias recomendaciones, pues cuenta con dos guías, una para la vigilancia y el manejo del parto y otra para la cesárea, donde se detalla que la alta incidencia en la práctica de ésta es considerada un problema de salud pública:

Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna.⁴¹

Sobre la información que se proporciona a las mujeres sobre las opciones de parto y los riesgos y las ventajas que implica cada procedimiento, sólo el IMSS y el ISSSTE dieron respuestas, muy generales. En el primer caso, únicamente se informa de manera verbal sobre factores de riesgo obstétrico que sean evidentes para cada caso. En el segundo, la información que se proporciona también depende del caso y del médico tratante. Como se puede observar, no existe un protocolo establecido y en el ISSSTE —además— el tipo de información que se proporciona a la usuaria es a discreción del médico tratante. Ninguna de las instituciones hizo referencia a las recomendaciones de la OMS y de la NOM 007, lo cual refleja una preocupante falta de aplicación de las normas en la materia, establecidas tanto nacional como internacionalmente.

A. ATENCIÓN AL PARTO: SITUACIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

A las secretarías locales de salud se hicieron las mismas preguntas que a la SSA: la información que se brinda a las embarazadas sobre las opciones de parto, sus riesgos y ventajas; el número de mujeres que parieron cada año, desglosado por grupos de edad, si los nacimientos fueron por parto o cesárea, y la justificación médica para los casos de cesárea. Al igual que sucedió con otra información solicitada para diversos temas de este informe, no todas las entidades federativas respondieron. En los casos en que sí se obtuvo información, los datos obtenidos fueron divergentes en cuanto a su contenido y detalle. Debido a los sesgos y diferencias que contienen las respuestas, resulta difícil sacar conclusiones que sean representativas de todos los estados.

No obstante, con los datos que se recibieron es posible adelantar algunos indicadores que permiten dar cuenta de un patrón persistente en la alta incidencia de la práctica de cesáreas, sin ninguna tendencia hacia la disminución. Por el contrario, en algunos estados se observa cómo de un año a otro se duplicó el número de cesáreas (Aguascalientes y Chiapas). Sólo en Colima se presentó una disminución en la práctica de la cesárea entre 2010 y 2011, habría que analizar con detenimiento cuáles fueron los factores que en este caso permitieron que esto sucediera.

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011						
ENTIDAD	PARTOS			CESÁREAS		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
AGUASCALIENTES	8,690	9,192	9,489	5,161	5,236	10,806
BAJA CALIFORNIA	23,288	23,306	23,233	5,794	5,478	6,264
BAJA CALIFORNIA SUR	No respondió solicitud de información					
CAMPECHE	Respondió que sólo proporcionaría información de manera personal, en sus oficinas en el estado					
CHIAPAS	39,366	41,217	44,487	13,707	14,628	28,546
CHIHUAHUA	22,279	19,675	23,621	6,008	5,552	6,721
COAHUILA	55,284	54,209	56,071	24,079	24,159	25,199
COLIMA	8,134	7,848	7,350	3,412	3,355	2,841
DISTRITO FEDERAL	No respondió solicitud de información					
DURANGO	12,079	11,344	12,058	4,407	4,637	4,486
GUANAJUATO	SD	SD	SD	20,805	20,570	22,172
GUERRERO	42,351	41,793	45,246	13,454	13,611	13,010
HIDALGO	26,255	25,844	26,514	9,611	9,877	10,989
JALISCO	No respondió solicitud de información					
MÉXICO	114,364	116,670	121,414	35,028	37,655	38,616
MICHOACÁN	No respondió solicitud de información					
MORELOS	La Secretaría de Salud del estado se declaró incompetente para responder a la solicitud de información y remitió a otro organismo, denominado Servicios de Salud de Morelos					
NAYARIT	No respondió solicitud de información					
NUEVO LEÓN	46,152	79,722	85,537	38,996	40,926	44,504
OAXACA	21,232	22,969	23,167	11,524	11,763	13,372
PUEBLA	49,228	47,777	49,726	16,590	16,282	16,374
QUERÉTARO	38,298	39,154	41,379	17,682	18,358	19,064
QUINTANA ROO	SD	SD	7,641	SD	SD	4,364
SAN LUIS POTOSÍ	No respondió solicitud de información					
SINALOA	SD	SD	SD	26,058	26,138	27,121
SONORA	No respondió solicitud de información					
TABASCO	37,374	36,727	SD	13,309	14,084	SD
TAMAULIPAS	No respondió solicitud de información					
TLAXCALA	8,421	8,617	9,072	6,130	6,297	6,306
VERACRUZ	No respondió solicitud de información					
YUCATÁN	No respondió solicitud de información					
ZACATECAS	18,231	18,755	19,771	5,145	5,072	5,238

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información a las secretarías de salud locales. SD: Sin datos.

En cuanto a la información que se proporciona sobre las opciones de parto, y los riesgos y ventajas de cada una, las veinte entidades que respondieron afirman que se brinda información ya sea por parte del médico, mediante el uso de material informativo o en talleres para embarazadas. Sin embargo, en todos los casos la decisión entre parto o cesárea la toma el personal de salud y sólo se informa a la mujer quien de manera verbal otorga su consentimiento.

Sobre las novedades y buenas prácticas que se observan a partir del análisis de las respuestas cabe resaltar lo siguiente:



> En las unidades de zonas indígenas de Chiapas se ha incluido la atención obstétrica de acuerdo con los usos y costumbres de la comunidad, lo que incluye el parto vertical y el acompañamiento.



> En Colima se da consejería sobre parto convencional, parto vertical y cesáreas.



> En Guerrero se está implementando el parto humanizado en ocho hospitales básicos comunitarios, los cuales ofrecen a la embarazada la opción de libre decisión, para fomentar el protagonismo de la mujer, evitar intervenir en el proceso natural, y respetar las necesidades individuales de las mujeres y su intimidad.

Como se puede constatar, aunque existen algunos signos de cambio en algunos servicios de salud estatales, estos son mínimos y no son —de ninguna manera— representativos del conjunto nacional.

4.4.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Para la documentación de casos e incidencia de violencia obstétrica en los servicios de salud, se presentaron ante la SSA, las secretarías locales de salud, IMSS, ISSSTE y CONAMED sendas solicitudes de información. Se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud en el marco de la atención gineco-obstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y sobre las sanciones aplicadas en esos casos. A las comisiones locales y a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), además, se les solicitó información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas, referentes a casos de malos tratos y negligencia médica con motivo de atención gineco-obstétrica.

A nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el periodo 2009-2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención gineco-obstétrica.

Resulta sumamente preocupante que ni el IMSS ni la SSA estén generando este tipo de información, que resulta indispensable para poder evaluar la calidad de la atención a las mujeres embarazadas en los términos que establece la NOM 007.

Por otro lado, la CONAMED informó que entre 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia mujeres. La CNDH recibió también 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el período 2009-2012, a partir de las cuales sólo se emitieron cuatro recomendaciones: tres fueron aceptadas y dos parcialmente cumplidas. Un índice por demás bajo, si se considera el alto número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.

QUEJAS PRESENTADAS ANTE LA CNDH	
AUTORIDAD PRESUNTAMENTE RESPONSABLE	NÚMERO DE QUEJAS
IMSS	92
ISSSTE	13
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL	3
SECRETARÍA DE MARINA	3
SECRETARÍA DE SALUD	3
SIN SEÑALAR LA AUTORIDAD RESPONSABLE	2
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS	1
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	1
PETRÓLEOS MEXICANOS	1
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	1
SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO	1
SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO	1

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA CNDH		
RECOMENDACIÓN	AUTORIDAD A LA QUE SE DIRIGE	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
30/2010 JUNIO 2, 2010	PETRÓLEOS MEXICANOS	NO ACEPTADA
06/2011 FEBRERO 22, 2011	GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE HIDALGO	PARCIALMENTE CUMPLIDA
37/2011 JUNIO 24, 2011	IMSS	PARCIALMENTE CUMPLIDA
14/2012 ABRIL 23, 2012	ISSSTE	ACEPTADA, EN TIEMPO DE PRESENTAR PRUEBAS DE CUMPLIMIENTO

FUENTE: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Con la escueta información recibida es posible identificar que existen pocas quejas relacionadas con violencia obstétrica y que en la mayoría de los casos se presentaron cuando han ocurrido hechos trágicos, como la muerte de la mujer o del producto en gestación. Lo anterior señala que el maltrato (físico y psicológico), las humillaciones, el no proporcionar información, y la falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres no se consideran motivos para interponer quejas. La violencia obstétrica, como muestra esta información, es silenciosa. Las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso sólo se hacen visibles en casos límite:

Existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar el derecho de queja y reclamo que tienen los pacientes frente a los abusos, lo que a su vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta enormemente identificar a quien eventualmente pudo haberla maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace a veces muy difícil para las mujeres localizar a quienes la atendieron. Otros mecanismos, menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica.⁴²

Resulta también inquietante notar que de las quejas recibidas por la CNDH sólo tres se tradujeron en una recomendación aceptada por la autoridad responsable. Cabe preguntarse qué pasó con las otras quejas (más de 100), si es que no hubo seguimiento o si se llegó a algún tipo de acuerdo. Lamentablemente, la CNDH no proporciona este tipo de información.

Como puede apreciarse en el cuadro sobre las quejas presentadas ante la CNDH, el IMSS tiene un alto número de quejas por actos que constituyen violencia obstétrica. Cabe enfatizar que este número podría ser sólo la punta del iceberg, si se considera —como ya fue señalado— que la mayor parte de los actos de violencia obstétrica muy probablemente no se denuncian o no son identificados como actos de violencia.

También se debe resaltar que es preocupante que las instituciones de salud pública más importantes del país no cuenten con registro y seguimiento de las quejas, pues para aplicar correctamente las normas debe darse un seguimiento puntual que permita su adecuada evaluación. Si bien las denuncias por sí mismas no cambian la realidad, sí permiten visualizar y dimensionar el problema a fin de tomar medidas concretas para modificar los patrones de violencia obstétrica.

A. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: SITUACIÓN EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

La situación en las entidades federativas no es muy diferente a lo que sucede en las instituciones públicas federales, en principio habría que señalar lo discordante de las respuestas recibidas de parte de las secretarías de salud y de los organismos públicos de derechos humanos locales. Nuevamente, la escasa transparencia y claridad en la información resaltan como una de las deficiencias más relevantes. Para mejorar las políticas públicas y la atención brindada por los servicios de salud, es indispensable contar con información que permita una correcta evaluación del problema.

De los datos obtenidos y sistematizados en el siguiente cuadro, destaca que sólo 17 instituciones de salud dieron respuesta, de las cuales seis dijeron no tener la información o no tener competencia para proporcionarla.

En cuanto a las comisiones de derechos humanos, 21 respondieron. La única que proporcionó mayor detalle sobre el contenido de las dos recomendaciones emitidas y aceptadas sobre el tema fue la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

La Recomendación 02/2009 de la CDHDF⁴³ se refiere a siete quejas presentadas entre 2007 y 2008. En ellas se analizan los casos de once mujeres atendidas en la red de hospitales de la Secretaría de Salud del DF, de las cuales siete tuvieron consecuencias graves —ya sea la muerte de la mujer, del producto del embarazo o de ambos— debido a negligencia médica, deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales, falta de personal médico y omisión en la información en salud proporcionada a las mujeres para que dieran su consentimiento informado. Aunque lo detallado en esta recomendación podría no ser representativo de la situación en todas las entidades federativas, es interesante citarla a la luz de la poca información proporcionada por las comisiones locales y porque nuevamente se pone en evidencia que los casos de violencia obstétrica sólo llegan a visibilizarse cuando las consecuencias son muy graves.

NÚMERO DE QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA 2009-2012					
ENTIDAD	INFORMACIÓN DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES / 2009-2012	INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS / 2009-2012			
		QUEJAS	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES
AGUASCALIENTES	77	2	SD	SD	SD
BAJA CALIFORNIA	6	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
BAJA CALIFORNIA SUR	INFORMACIÓN INEXISTENTE	3	0	0	0
CAMPECHE	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN				
CHIAPAS	13	6	2	2	1 (PARCIALMENTE)
CHIHUAHUA	SE DECLARA INCOMPETENTE PARA RESPONDER SOLICITUD DE INFORMACIÓN, COMPETENCIA CORRESPONDE A CONAMED	33	3	SD	SD
COAHUILA	16	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
COLIMA	INFORMACIÓN INEXISTENTE				
DISTRITO FEDERAL	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	11	2	2 (PARCIALMENTE)	0
DURANGO	0	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
GUANAJUATO	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	23	4	4	3 (PARCIALMENTE)
GUERRERO	0	-	15	3	2
HIDALGO	INFORMACIÓN INEXISTENTE	21	3	2	1 (PARCIALMENTE)
JALISCO	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	-	8	6	2
MÉXICO	ES COMPETENCIA DE LA COMISIÓN DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO	20	0	0	0
MICHOACÁN	15	19	12	SD	7

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

NÚMERO DE QUEJAS POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA 2009-2012

ENTIDAD	INFORMACIÓN DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD LOCALES / 2009-2012	INFORMACIÓN DE LAS COMISIONES LOCALES DE DERECHOS HUMANOS PERÍODO 2009-2012			
		QUEJAS	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES
MORELOS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	SD	6	6	4
NAYARIT	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
NUEVO LEÓN	56	10	1	1	1
OAXACA	SE TUVO CONOCIMIENTO DE DOS CASOS PRESENTADOS ANTE EL ORGANISMO PÚBLICO DE DERECHOS HUMANOS	5	1	1	1 (PARCIALMENTE)
PUEBLA	15	6	0	0	0
QUERÉTARO	INFORMACIÓN INEXISTENTE	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
QUINTANA ROO	2	SD	3	3	1 (PARCIALMENTE)
SAN LUIS POTOSÍ	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
SINALOA	NO COMPETENTE	SD	6	SD	SD
SONORA	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	SD	0	SD	SD
TABASCO	7	SD	7	7	2 4 (EN VÍAS DE CUMPLIMIENTO)
TAMAULIPAS	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
TLAXCALA	162	2	0	0	0
VERACRUZ	8	SD	12	12	12
YUCATÁN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN	NO RESPONDIÓ SOLICITUD DE INFORMACIÓN			
ZACATECAS	0	SD	4	4	4

Fuente: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información. SD: Sin datos.

B. SANCIONES

Tanto en el ámbito federal como en el local, se solicitó información sobre las sanciones derivadas de las quejas en las instituciones de salud pública. En todos los casos, se argumentó falta de competencia por parte de las secretarías de salud y de la CONAMED para tomar medidas de este tipo. En suma, de los datos obtenidos se puede concluir que no existen personas sancionadas por hechos de violencia obstétrica.

Otro de los casos a destacar es el de Veracruz, la única entidad que tipifica como delito a la violencia obstétrica. Se solicitó a la Dirección de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud y a la Procuraduría General de Justicia del estado información sobre las denuncias contra prestadores de servicios de salud por el delito de violencia obstétrica, y cuántos han sido separados de sus cargos por este hecho.

La respuesta es que desde marzo de 2012 (fecha en que la reforma entró en vigor) no se tiene registro de ningún hecho relacionado. Esto pone de manifiesto que la existencia de un tipo penal de violencia obstétrica plantea desafíos en su persecución y que —al menos en Veracruz— no está siendo aplicado.

4.5 / CONCLUSIONES

La violencia obstétrica constituye una violación a diversos derechos humanos de las mujeres y forma parte de una problemática estructural, nacional y local. Está relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información, con la deficiente atención y acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva de calidad, así como con las deficiencias del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, es consecuencia de los vacíos presupuestales y las deficiencias en la gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo en las camas y la falta de información de las mujeres sobre sus derechos reproductivos, entre otras cuestiones. Esta problemática se agrava en casos de mujeres en situaciones de mayor riesgo de que se vulneren sus derechos por su condición de etnia, estatus económico y edad, tales como mujeres indígenas, marginadas, niñas y adolescentes.

A partir de los datos estadísticos, del análisis normativo y de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública presentadas a nivel federal y en las entidades federativas, se puede concluir que la violencia obstétrica sigue siendo un problema invisibilizado y poco tratado por las autoridades mexicanas.

La visibilidad, como se ha mencionado, no depende tanto de las denuncias penales, sino de un seguimiento más detallado y sistematizado sobre la atención en los servicios de salud. Aunque, como se ha detallado en este informe, existen casos que ameritan ser considerados por el sistema penal, antes de la tipificación penal de la violencia obstétrica deberán buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos se debe sancionar por la vía administrativa o civil, considerar la reformulación del tipo penal propuesto, para no “engrosar” el brazo criminalizador del Estado. Ello con excepción de los casos de conductas más graves —como la esterilización forzada— que sí deberían estar tipificadas en el derecho penal.

En términos de la legislación, existen vacíos importantes que deberían atenderse. Por ejemplo, en casi la mitad de las leyes locales de salud no se prohíbe explícitamente la esterilización forzada y no se establecen sanciones adecuadas. La esterilización forzada tampoco está contemplada en la mayoría de los códigos penales locales, lo cual sería fundamental para lograr su correcta penalización. Por otra parte, la NOM 007, que contiene elementos importantes sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas, a fin de prevenir actos de violencia obstétrica, no se implementa ni monitorea a cabalidad. Asimismo, la información proporcionada por las instituciones públicas da cuenta de que sólo los casos más extremos de violencia obstétrica se denuncian, e incluso la mayor parte de éstos siguen en la impunidad. Las sanciones administrativas, que representan una alternativa a las sanciones penales, parecen no aplicarse a este tipo de conductas.

Las estadísticas demuestran el continuo abuso de la práctica de cesáreas. El porcentaje de éstas que se realizan en México es alarmante y duplica o triplica el recomendado por la OMS. Ello sugiere que muchas cesáreas son innecesarias y que se realizan a conveniencia del médico o de la institución de salud, a costa de riesgos de salud para las mujeres embarazadas. Esta situación no ha sido visibilizada de forma recurrente y, en los casos en los que existen incluso órdenes administrativas al respecto, como es el caso del IMSS, éstas no se cumplen.

Existen vacíos de información muy importantes en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica, tanto en el ámbito de las entidades federativas como en el federal. Ello impide dimensionar de forma más completa la problemática de la violencia obstétrica en el país.

4.6 / RECOMENDACIONES

4.6.1 NORMATIVAS

- > Tipificar la esterilización forzada como un delito en los códigos penales de las entidades y establecer sanciones adecuadas a esta práctica en las leyes locales de salud.
- > Establecer mecanismos de monitoreo y sanciones administrativas que permitan visibilizar y sancionar la violencia obstétrica.

4.6.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMATIVA

- > La SSA y las secretarías de salud locales deben asegurar la adecuada implementación de la NOM 007 mediante la difusión de su contenido y el monitoreo de su implementación y acatamiento por todos los profesionales de la salud.
- > Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deben llevar a cabo acciones para implementar —en su esfera de acción— el modelo de parto humanizado e integrar a enfermeras y parteras en el proceso.
- > Asegurar la reducción en el número de cesáreas en todas las entidades federativas e instituciones del sistema federal, hasta llegar a los estándares recomendados por la OMS.
- > Visibilizar la problemática de la violencia obstétrica y sensibilizar al personal de salud sobre el parto humanizado.
- > Fortalecer los sistemas de quejas y campañas de información para las mujeres al interior de los hospitales e instituciones de salud, de forma que las usuarias puedan denunciar prácticas que constituyan violencia obstétrica.
- > Las comisiones de derechos humanos deben incluir, dentro de sus catálogos de violaciones a estos derechos, las prácticas que constituyan violencia obstétrica.

NOTAS

¹ Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre 2010, p. 148. Disponible en <<http://bit.ly/hF16fY>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

² Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009. Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>> [consulta: 5 de noviembre de 2012].

³ OMS, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo*, Ginebra, 1996. Disponible en <<http://bit.ly/Y3UKMC>> [consulta: 10 de noviembre de 2012].

⁴ OMS, “Appropriate technology for birth”, en *The Lancet*, Reino Unido, vol. 326, núm. 8452, 24 de agosto de 1985, pp. 436-437.

⁵ Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 2).

⁶ Nueve Lunas, *Atención humanizada del parto y nacimiento. Carpeta Informativa*, México, 2011. Disponible en <<http://bit.ly/MN9YQa>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁷ Comité CEDAW, *Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud*, 20° período de sesiones (1999), párrafo 2. Disponible en <<http://bit.ly/opp1tq>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁸ Comité contra la Tortura, *Observación General 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes*, 39° período de sesiones (2007), párrafo 22. Disponible en <<http://bit.ly/WdffCv>> [consulta: 9 de noviembre de 2012].

⁹ Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa, *Género y Política en Salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 259.

¹⁰ Ver CNDH, *Recomendación General N° 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*, México, 16 de diciembre de 2002. Disponible en <<http://bit.ly/UVEhmv>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹¹ Erviti, Joaquina, “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicas-usuarias de servicios ginecológicos”, en Castro, Roberto y Alejandra López Gómez (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo, Universidad de la República, 2010, p. 107.

¹² Ver Center for Reproductive Rights, “Francisca’s story: Forcibly sterilized because of her HIV status”, s/f. Disponible en <<http://bit.ly/12uLpgb>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹³ CIDH, *María Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú. Petición 12.191. Informe 71/03. Solución Amistosa*, 10 de octubre de 2003. Disponible en <<http://bit.ly/R1uSxG>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹⁴ Comité CEDAW, *A.S. vs. Hungría. Comunicación N° 4/2004*, 36° período de sesiones (2006). Disponible en <<http://bit.ly/V2qb7f>> [consulta: 15 de noviembre de 2012].

¹⁵ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, 10 de mayo de 2012. Disponible en <<http://bit.ly/V2qcYW>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ Instituto Nacional de Salud Pública, “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, México, 2012. Disponible en <<http://bit.ly/Tsk1H4>> [consulta: 13 de diciembre, 2012].

¹⁸ Las instituciones no hacen distinción de cuáles son las intervenciones médicas que realizan en estos casos. Es decir, no se sabe cuál es el porcentaje de nacimientos mediante partos naturales, sin ningún tipo de intervención, en los que se respetan los tiempos del proceso y de la mujer (con la simple vigilancia médica necesaria para intervenir en caso de que se requiera) y en cuántos casos se recurre a prácticas

médicas que aceleran el parto (como el uso de oxitocina), a la aplicación de la epidural o a la realización de la episiotomía.

¹⁹ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).

²⁰ Porcentajes obtenidos a partir de la información desagregada por estados publicada en el *Boletín de Información Estadística del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. Ver, SINAIS, *Boletín de Información Estadística. Volumen III: Servicios otorgados y Programas sustantivos*, México, Secretaría de Salud, núm. 30, 2010. Disponible en <<http://bit.ly/V2qCOQ>> [consulta: 14 de diciembre de 2012].

²¹ OMS, Cuidados en el parto normal..., *op. cit.* (ver *supra*, nota 3).

²² INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 15).

²³ Almaguer, José Alejandro, Hernán José García y Vicente Vargas Vite, “La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, en *Género y salud en cifras*, México, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre 2010, pp. 3-20.

²⁴ Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 9), p. 261.

²⁵ Almaguer, José Alejandro *et al.*, “La violencia obstétrica...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 23), p. 6.

²⁶ Erviti, Joaquina, “Construcción de los objetos profesionales...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 11), p. 109.

²⁷ “Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas”, en *Periódico Oficial del Estado de Chiapas*, núm. 152, 23 de marzo de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/Zc1CZK>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

²⁸ “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato”, en *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato*, año 97, tomo 148, núm. 189, 26 de noviembre de 2010, (véase la cuarta parte). Disponible en <<http://bit.ly/TVFpaK>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

²⁹ “Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango”, 30 de diciembre de 2007. Disponible en <<http://bit.ly/XErUmu>> [consulta: 7 de enero de 2013].

³⁰ “Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave”, en *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz*, núm. ext. 65, 28 de febrero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VKZW1A>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³¹ “Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal”, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 17ª época, núm. 263, 29 de enero de 2008. Disponible en <<http://bit.ly/VL0uV5>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³² *Ley de Acceso a las Mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato*, artículo 5, fracción VIII.

³³ *Gaceta Legislativa del Congreso del estado de Veracruz*, año 2, núm. 94, 4 de diciembre de 2008, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/Tq7Qin>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

³⁴ En Puebla fue presentada por la diputada Myriam Galindo Petriz del Partido Acción Nacional (PAN) el 31 de mayo de 2012, y en Oaxaca en agosto de 2011 por Gabino Cué, Gobernador del estado.

³⁵ Baratta, A., *Criminología y sistema penal*, Buenos Aires, Editorial B de F, 2004. Ferrajoli, Luigi, “El derecho penal mínimo”, en Ferrajoli *et al.*, *Prevención y teoría de la pena*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica Conosur, 1995.

³⁶ El Proyecto de Norma Oficial Mexicana “PROY-NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido” fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de noviembre de 2012.

³⁷ *Ley General de Salud*, artículo 67.

³⁸ No se enviaron solicitudes de información sobre el tema de esterilización sin consentimiento, por ello no será abordado en este apartado.

³⁹ Se solicitó también información para el período enero-julio de 2012, pero —hasta el 14 de diciembre de 2012— ninguna institución proporcionó datos.

⁴⁰ En el caso de la respuesta proporcionada por el IMSS, clasificaron como partos distócicos a las cesáreas.

⁴¹ Consejo de Salubridad General, *Guía de práctica clínica. Realización de operación cesárea. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08*, México, Secretaría de Salud, 2009, p. 7. Disponible en <<http://bit.ly/12uUSUY>> [consulta: 20 de noviembre de 2012].

⁴² Castro y Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, *op. cit.* (ver *supra*, nota 9), pp. 270-271.

⁴³ CDHDF, *Recomendación 02/2009. Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil*, México, 30 de marzo de 2009. Disponible en <<http://bit.ly/V2yHTU>> [consulta: 21 de noviembre de 2012].