

La violencia obstétrica en México

Albarrán Turrubiarte, Tania

2020

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4519>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



“LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO”

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. JOSE ANTONIO BRETÓN BETANZOS

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN DERECHO PÚBLICO

Presenta

TANIA ALBARRÁN TURRUBIARTE

Puebla, Pue.

2020

La felicidad del cuerpo se funda en la salud; la del entendimiento en el saber.

TALES DE MILETO (624-548 a.n.e)

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. IMAGEN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	11
III. LOS DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO	15
IV. DEFINICIÓN DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON DIVERSAS DISCIPLINAS.....	17
V. DEFINICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA OBSERVADA.....	35
VI. PROPUESTA TENTATIVA DE SOLUCIÓN AL CASO O SITUACIÓN.....	44
VII. EJERCICIO DE DERECHO COMPARADO ENTRE LAS NORMAS QUE REGULAN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN MÉXICO Y REINO UNIDO.....	66
VIII.CONCLUSIONES.....	86
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	89
ANEXO 1.....	93

I. INTRODUCCIÓN.

La violencia obstétrica es toda acción u omisión del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; representa una violación a los derechos humanos, particularmente a los derechos reproductivos de las mujeres.¹

El embarazo, parto y puerperio, representan un conjunto de procedimientos para la atención de la madre desde la concepción hasta 42 días después de dar a luz, conforme a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. *“Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido”* y en la *“Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del parto”*.

La violencia obstétrica puede darse de manera psicológica por medio de burlas, humillaciones, discriminación, mal información o comentarios alusivos a la sexualidad de las mujeres; y de igual forma, se puede dar de manera física cuando se realizan prácticas invasivas, se suministran medicamentos injustificadamente, se niega la atención, se maltrata físicamente o se realizan esterilizaciones forzadas.²

Las prácticas invasivas son todos aquellos procedimientos en los que se introduce un aparato o sonda en el organismo por accesos no naturales con el propósito de extraer alguna sustancia u objeto del mismo.³

Dentro de la categoría de prácticas invasivas, se da un tipo de violencia obstétrica específico que es la realización de cesáreas cuando resulta innecesario. Me parece que este proceder, que hoy en día es cotidiano, merece un análisis especial, pues no tomar en cuenta a la paciente,

¹ Informe GIRE 2015. Grupo de información en reproducción asistida “Punto 3. *Violencia Obstétrica. Negación de acceso y mala atención del parto.*” <http://informe 2015.gire.org.mx>

² *Idem.*

³ Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra. www.cun.es

imponiéndole una de actuar guiada por criterios externos a sus deseos, derechos y necesidades reales, es también una práctica violenta.

La cesárea, es la intervención quirúrgica para terminar el embarazo, que consiste en acceder a la cavidad uterina a través del abdomen.⁴

La cesárea puede ser necesaria cuando el parto natural suponga un riesgo para la madre o el bebé, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones.⁵

Las estadísticas actuales sobre esta práctica en México son alarmantes y aunque los resultados varían según la fuente, lo cierto es que en nuestro país se abusa de esta práctica, excediendo por mucho las cifras recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, quien en su declaración sobre tasas de cesárea establece que el límite de cesáreas que responderían a una necesidad obstétrica, oscila entre un 10 y un 15%⁶, pero actualmente en nuestro país, aproximadamente el 45.2% de los nacimientos son por esta vía.⁷

Lo anterior me lleva a pensar, que no obstante las recomendaciones internacionales, las leyes generales de salud pública y el marco jurídico existente que nos exigen brindar a la mujer una vida libre de violencia, en México no sirven de mucho, es más, podríamos decir que son letra muerta cuando de estos casos se trata y el desconocimiento o talvez el miedo hace que las

⁴ Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra. www.cun.es

⁵ Comunicado de Prensa. *Sólo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 10 de abril de 2015.

⁶ *Idem*.

⁷ Supporting information, S1 File, Data and Sources, “*The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*”, publicado en línea febrero, 2016. <http://pone.0148343.s001.pdf>.

mujeres que son víctimas de este tipo de violencia no hagan uso de las herramientas a su alcance para recibir una reparación integral.

El problema planteado existe en el caso particular de Liliana, quien es originaria de Chetumal, Quintana Roo. El 12 de noviembre de 2013, Liliana acudió al Hospital General de Zona Médica Familiar 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social para recibir atención médica, pues se encontraba en labor de parto. Durante las primeras seis horas en el hospital, el médico encargado le comentó que presentaba una evolución favorable para el parto natural. Sin embargo, al darse el cambio de turno, el nuevo médico sugirió de manera tajante que se realizara una cesárea, pese a que las condiciones no habían cambiado, según las revisiones médicas.

Liliana manifestó expresamente que quería un parto natural, a lo que el médico que la atendía respondió “si la paciente lo desea, yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en una hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”.⁸ Este sarcasmo y otras groserías motivaron que Liliana accediera a la práctica de la cesárea, posteriormente fue dada de alta pese a que el dolor abdominal que presentaba, lo que la obligó a acudir a una institución privada, donde después de tres intervenciones quirúrgicas, se descubrió que durante la cesárea le habían perforado la vejiga y la matriz.

Liliana presentó una queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, donde se señaló que no sólo se trataba de un caso de negligencia médica, sino también de violencia obstétrica y que se habían violentado sus derechos a la integridad personal, a la salud y a la vida privada.⁹

Un aspecto clave que se deriva del presente caso, es que lejos de que los médicos analicen cada situación con sus particularidades, han estandarizado y homogeneizado el parto, buscando vías que faciliten y aceleren el nacimiento, induciendo en la mayoría de los casos el miedo o

⁸ Informe GIRE 2015, *op. cit.* Punto 3.

⁹ *Idem.*

exagerando la situación, para que la paciente acceda a una vía más rápida y a su parecer más segura de dar a luz.

Tal parece que, como refiere Ibone Olza, “subyace la idea de que el parto es algo peligrosísimo que los médicos deben vigilar muy atentamente, prestos a rescatar a bebés y madres de las imprevisibles catástrofes naturales que en cualquier momento pueden acontecer. Los cuerpos de las madres se perciben como algo bastante imperfecto y el canal del parto como un peligroso lugar donde es fácil morir asfixiado”.¹⁰

Por otro lado, debe respetarse la decisión de la madre de cómo desea dar a luz, informando clara y verídicamente la situación en la que se encuentra y únicamente realizar una cesárea cuando responda a una necesidad obstétrica, o bien, sea el deseo explícito de la madre el traer al mundo a su hijo de ese modo.

En este trabajo se aborda el tema de la violencia obstétrica desde su origen y como parte del marco jurídico de los derechos humanos, para desde ahí conocer las normas que protegen a la mujer en este ámbito. Se realiza un recorrido desde las normas internacionales, hasta las normas federales, locales y las que aplican a nivel sanitario, para luego discutir los preceptos que reprueban este tipo de prácticas y los que las justifican.

Así pues, existen un conjunto de posibles soluciones para que en nuestro país, nos acerquemos más a las cifras recomendadas por expertos, mismas que se basan en una campaña que permita que el sistema nacional de salud reconozca la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional¹¹ y de género, y garantice el acceso a una atención médica de calidad

¹⁰ Olza, Ibone, *Parir. El poder del parto*, 1ª. ed., Ediciones B, España, 2017, p. 19.

¹¹ Son los actos u omisiones de las personas con calidad de servidores públicos que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia. Fracción VII, artículo 7 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Distrito Federal, 2017.

durante el embarazo, parto y puerperio.¹² También se busca que se reconozca el embarazo y el parto natural como un proceso humano natural al que debe otorgarse el tiempo que la naturaleza requiera y se abstengan de realizar prácticas innecesarias, sólo porque son más rápidas o fáciles.

En ella se incluye exigir bajo sanción a los prestadores de servicios de salud a leer y obedecer las Guías de Práctica Clínica y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, debiendo reportar sus resultados, además, se impulsa la creación de una guía de práctica clínica basada en los cuidados psicológicos y emocionales de las pacientes y de los profesionales que atienden el parto. De igual forma, se debe capacitar a los prestadores de servicios de salud, de manera que no se proporcione tratamiento patológico a todos los embarazos, pues el día de hoy los partos intervenidos no son la excepción, son la regla. Educar a la población en este tema nos permitirá tener una relación en sentido horizontal con el médico, donde haya diálogo y no sólo indicaciones o instrucciones por parte de él, recalcar la importancia del consentimiento informado e integrar al sistema nacional de salud a las parteras y doulas como profesionales al alcance de toda mujer que requiera sus servicios, no únicamente en zonas rurales sino también urbanizadas del país.

Del mismo modo, se profundiza en las estadísticas sobre el uso de la operación cesárea a nivel mundial, por ejemplo, en Canadá, el porcentaje de cesáreas asciende a 27.1%, en Reino Unido asciende al 24.1%, Francia cuenta con el 21%, Japón tiene el 19.2%, Países Bajos cuentan con el 15.6%. De ahí, las versiones más rescatables de América Latina que son Guatemala, quienes únicamente realizan dicha práctica al 16.3% y Honduras, quienes cuentan con un 18.6%.¹³

¹² El reconocimiento de la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género y garantizar el acceso a una atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, es una de las propuestas emitidas por el Grupo de información en reproducción asistida, para erradicar éste tipo de violencia, la cual comparto completamente. Informe GIRE 2015, *op. cit.* video inicial.

¹³ Supporting information, S1 File, *op. cit.*, Data and Sources.

Con base en lo anterior, se realiza un estudio de derecho comparado tomando en cuenta la legislación que sobre maternidad y obstetricia impera actualmente en México, en el Reino Unido y en Guatemala, el primero por ser el de nuestro país, el segundo por ser un país de los denominados de corte occidental y el tercero por ser un país latinoamericano, donde la práctica de la operación cesárea se encuentra más cerca del porcentaje aceptado por la Organización Mundial de la Salud.

Ahora bien, es interesante preguntarse el porqué de todo esto. ¿Por qué defender el parto fisiológico, si al final muchas de las madres sometidas a una operación cesárea como medio para terminar el embarazo salen bien libradas y tienen bebés sanos?

La respuesta sería que “en los últimos años el parto y el nacimiento están siendo analizados con nuevas miradas y perspectivas, no exclusivamente obstétricas. Desde la filosofía y la antropología hasta la arquitectura, el derecho, la economía y las neurociencias”.¹⁴

Simplificar algo que es complejo, tiene los días contados. En el centro del debate, no encontramos únicamente las cifras sobre cesáreas, también encontramos “las reflexiones sobre el papel social de las madres, la transformación que viven la medicina y la obstetricia cuando se les relaciona con los avances tecnológicos y la irrupción de nuevas generaciones de usuarias que reclaman ser protagonistas de sus cuidados”.¹⁵

Para la madrona Patricia Larkin, “el parto es un proceso físico de transformación hasta convertirse en madre”.¹⁶

Mi intención con este trabajo es ampliar un poco la mirada sobre el parto. A muchas generaciones de mujeres se nos ha dicho que el parto es peligroso y claro que lo es, “si se

¹⁴ Olza, Ibone, *op.cit.*, p. 31.

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ Larkin, P. *et al.*, “Women’s experiencia of labour and birth: An evolutionary concept analysis, Midwifery”, pp. 49-59, en Olza, Ibone, (comp.) *Parir, El Poder del Parto*, 1ª. ed., Ediciones B, España, 2017, p. 25.

percibe el cuerpo de la mujer como algo defectuoso e imperfecto, como una versión mal acaba del cuerpo masculino, como tradicionalmente hizo la androcéntrica ciencia médica”.¹⁷ Es necesario reconocer la sabiduría que encierra el cuerpo de la mujer y en esa medida proteger a través del derecho sus procesos naturales.

Vale la pena defender el parto fisiológico humanizado, pues este “tiene un enorme impacto, no sólo corporal, sino también existencial. Un cuerpo que se convierte en dos también necesita ser comprendido desde la filosofía”.¹⁸

“Del parto se puede salir empoderada, cual leona lista para proteger a sus cachorros, pues este poderío está previsto en la naturaleza para facilitar la maternidad y la crianza. Pero también puede ser lo contrario, la vulnerabilidad extrema que se vive en el parto hace que sea un momento extremadamente delicado, con riesgo de salir muy dañada, herida o rota”.¹⁹

Resulta terrible pensar que intervenciones que se introdujeron como mejorías para la salud de madres y bebés, al practicarlas cuando no es necesario, pueden causar mucho más daño que beneficio, pues pueden contribuir a la mortalidad o a generar consecuencias a largo plazo que nadie imaginó. Hoy día se está examinando si las intervenciones que se hacen de manera rutinaria en los partos son más peligrosas y dañinas que no hacer nada.²⁰

Y todo esto también para garantizar que el primer aliento sea experimentado sin violencia, “pues cada recién nacido nos mira a los ojos y nos cuenta el misterio, la belleza y la magia de la vida”.²¹

¹⁷ Olza, Ibone, *op.cit.*, p. 32.

¹⁸ *Ibidem*, p. 20

¹⁹ *Idem*.

²⁰ *Idem*.

²¹ *Ibidem*, p. 179.

II. IMAGEN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Los derechos humanos, son inherentes a la personalidad humana, connaturales a la misma especie; esto es, consustanciales a su propia razón de ser, que se adquieren por el solo hecho de ser concebido un individuo y deben de respetarse, regularse y protegerse hasta su muerte, como son: el derecho a la vida, salud, dignidad humana, integridad física y moral, la legítima defensa; la libertad de pensamiento, expresión, tránsito y asociación, desarrollo sustentable y otros, que reconoce la legislación conducente; como una exigencia indispensable del entorno natural, familiar, social, político, laboral, económico, cultural e institucional.²²

Los derechos humanos “son aquellos que se poseen por el solo hecho de ser parte integrante de la naturaleza humana, identificados como valores supremos de su propia dignidad, consustanciales a su propia existencia, cuyo respeto y predominio deben imperar por mandato del Estado a través de un orden jurídico, y todo atentado a los mismos debe ser castigado, según el daño causado a una persona, familia o sociedad.”²³

Abordar el estudio de un hecho que es violatorio de derechos humanos, como la violencia obstétrica, nos conduce a desentrañar, analizar, reflexionar, compaginar e intentar comprender y explicar diversas ramas del conocimiento jurídico, científico y tecnológico, así como de aspectos complementarios que rodean a la misma especie, desde que es concebida, nace, se desarrolla y muere.²⁴

La implementación de los Derechos Humanos se ha seguido construyendo como una consecuencia lógica de los cambios sociales, políticos, económicos, tecnológicos y como en el presente caso, por los cambios culturales y científicos, por tanto, los derechos humanos se encuentran sujetos a evolución y modificación, sobre todo, cuando del ámbito de la salud se trata.

²² Sánchez Gómez, Narciso. *Derechos Humanos, Bioética y Biotecnología*, Editorial Porrúa, México, 2009, p. 1.

²³ *Idem.*

²⁴ *Idem.*

Por ello, es evidente que los derechos humanos no surgieron tal y como los conocemos ahora, pues el concepto de derechos humanos fue en su origen de índole político, es decir, el Estado debía respetar la esfera de libertad y autonomía de la persona humana, en otros términos, el Estado estaba obligado a no intervenir en esta esfera de los derechos civiles, que son los que miran a la preservación de la vida, la seguridad e integridad física y moral de la persona humana. Estos derechos provienen, en su conjunto, de una concepción individualista. En la etapa siguiente, el hombre no está opuesto ya al Estado, sino que participa en la estructura política de la sociedad a la que pertenece, ejercitando sus derechos políticos dentro del Estado y finalmente, aparece la noción de derechos económicos, sociales y culturales formando una categoría distinta. El goce efectivo de estos derechos debe ser asegurado por el Estado o por su intermediario.²⁵

En esta perspectiva, el Estado es el promotor y garante del bienestar económico y social, pues mientras que con anterioridad el Estado representaba la autoridad encargada de la protección y mantenimiento del orden público y de la seguridad de todos, ahora, al surgir el Estado moderno, éste es el instrumento al servicio de todas las personas que dependen de su jurisdicción, que les permita el pleno desarrollo de sus facultades tanto a nivel individual como colectivo.²⁶

“Todos los derechos humanos requieren del Estado acciones que aseguren su respeto, absteniéndose de actuar en contrario, procurando su protección mediante la emisión y aplicación de medidas que aseguren su disfrute efectivo. La protección se asegura en la medida en que se desarrollan mecanismos y normas para evitar su violación y para que, si ésta ocurre, el afectado pueda exigir su restitución y/o recuperación por la vía judicial”.²⁷

²⁵ *Ibidem*, p. 2.

²⁶ *Ibidem*, p. 3.

²⁷ Bolívar, Ligia, “Derechos económicos, sociales y culturales: derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes en Estudios básicos de derechos humanos”, en Sánchez, Narciso (comp.), *Derechos Humanos, Bioética y Biotecnología*, Editorial Porrúa, México, 2009, p. 8.

Dado que la violencia obstétrica representa una vulneración a los derechos humanos de las mujeres es importante determinar el origen de dicha transgresión a largo de la historia y a qué generación de derechos humanos pertenece.

- A. La primera Generación de los Derechos Humanos o Individuales, identificados como “Civiles y políticos” se ubican en la época en que cae el absolutismo político junto con las monarquías que fueron un reflejo de su organización, lo que ocurre a finales del siglo XVIII, con el surgimiento del constitucionalismo clásico. En este momento es cuando los seres humanos empezamos a tomar conciencia sobre la importancia y fuerza de nuestras ideas y la forma de hacerlas valer en el terreno político.
- B. La Segunda Generación es la identificada como derechos económicos, sociales y culturales, los cuales lucharon por elevar el nivel de vida de los más desprotegidos, combatiendo las grandes desigualdades entre pobres y ricos. Los documentos más significativos son la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917; el marco constitucional Ruso de 1918; los principios jurídicos de Weimar, Alemania de 1919. Los ideólogos que le dan sustento son Marx, Federico Engels, Hegel y algunos más.
- C. La Tercera Generación llamados de Solidaridad, se refieren al derecho de los pueblos para demandar el apoyo de la sociedad internacional y así requerir la paz, la protección del medio ambiente y el equilibrio ecológico; beneficiándose toda la humanidad con el patrimonio que es declarado de interés común de la especie humana; los relativos a la informática, a la comunicación y desarrollo en diversos rubros de la vida social, económica y política en congruencia con los avances de la ciencia y la tecnología moderna.²⁸

²⁸ Sánchez, Narciso, *op. cit.*, pp. 11 y 12.

En este sentido podemos deducir que los derechos de la mujer, durante el embarazo, parto y puerperio pertenecen a los derechos humanos de segunda generación al ser un tema de importancia social donde se pugna por el respeto a la dignidad del ser humano y a su libertad lo cual sólo es posible si existen las condiciones económicas, sociales y culturales que garanticen el desarrollo del hombre y de sus pueblos.

La vigencia de estos derechos se encuentra condicionada a las posibilidades reales de cada país, de allí que la capacidad para lograr la realización de los mismos varía de lugar en lugar.

Entre los derechos humanos de Segunda Generación, encontramos:

- Toda persona tiene derecho a la seguridad social y a obtener la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales.
- Toda persona tiene derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.
- Toda persona tiene derecho a formar sindicatos para la defensa de sus intereses.
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella y a su familia la salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
- **Toda persona tiene derecho a la salud física y mental.**
- **Durante la maternidad y la infancia toda persona tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.**
- Toda persona tiene derecho a la educación en sus diversas modalidades.
- La educación primaria y secundaria es obligatoria y gratuita.²⁹

²⁹ Derechos de Segunda Generación o Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *cubaencuentro.com*

III. LOS DERECHOS HUMANOS EN MÉXICO.

Para entender este punto, es indispensable atender a la jerarquía de las normas jurídicas que le dan sustento, razón de ser, relevancia institucional, ámbito de aplicación y fuerza obligatoria a los derechos humanos. Por ello, debemos desentrañar el espíritu del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que dice:

“Artículo 133. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.”³⁰

La citada disposición constitucional nos deja ver que la Constitución Federal, es la compilación jurídica por excelencia, que se encuentra en la cúspide de nuestro Estado de Derecho, y para conservar esa jerarquía, es necesario que posea dos principios fundamentales, conocidos como de primacía y reserva de ley. El primero significa que las disposiciones legales contenidas en la Ley Suprema, deben imperar, aplicarse y observarse prioritariamente a cualquier otra clase de preceptos jurídicos; el segundo, establece, que ciertas prescripciones normativas deben contemplarse exclusivamente en la Constitución y por tal motivo, no es válido incorporarlas en leyes ordinarias, reglamentos administrativos o de otra índole; en tal virtud, en la Constitución encontramos la base de todo el sistema legal nacional, observable para todos los niveles de gobierno.³¹

Lo anterior, sin perder de vista, que en la primera parte de la misma norma constitucional, se le otorga el carácter de supremo no sólo a la Constitución, sino también a las leyes dictadas por el

³⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019.

³¹ Sánchez, Narciso, *op. cit.*, p. 39.

Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados celebrados por el Presidente de la República con aprobación del Senado que estén de acuerdo con la propia Ley Suprema.³²

Las garantías sociales, han sido incorporadas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como una exigencia propia de los grupos sociales más desprotegidos, como en el ámbito laboral, agrario, sanitario, asistencial y educativo; sobre todo, para restringir las grandes desigualdades entre pobres y ricos y para elevar el nivel de vida de los marginados, de los más vulnerables, atacando los factores negativos que obstaculizan el desarrollo equitativo de toda la población, a manera de darle la mayor eficacia a lo que debemos entender por justicia social y derechos colectivos que se encuentren regulados en los artículos 2, 3, 4, 5, 27 y 123 Constitucional.³³

En estos artículos, se procura defender a los integrantes de diversos grupos sociales que, por diversas razones, necesitan protección específica, con el fin de que exista una base sustentable para la existencia del bien común y la justicia social; ello es una consecuencia de las grandes desigualdades que se han dado con el devenir de la historia, entre pobres y ricos, gobernantes y gobernados, a manera de restringir o eliminar las inequidades entre poderosos y desposeídos en lo económico, político, social y cultural.³⁴

En el caso que nos ocupa, las integrantes del grupo social que necesitan protección específica son las mujeres durante el parto, cuya adecuada atención se encuentra compelida en el artículo 4to. Constitucional, que corresponde al derecho a la salud, que como derecho social debe estar garantizado por el Estado.

³² *Ibidem*, pp. 39 y 40.

³³ *Ibidem*, pp. 146 y 147.

³⁴ *Ibidem*, p. 147.

IV. DEFINICIÓN DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON DIVERSAS DISCIPLINAS.

El campo de conocimiento jurídico aplicable a la violencia obstétrica se encuentra contenido en el derecho a la salud, que es un derecho social con reconocimiento constitucional en nuestro país.

El artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que:

“toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, en los términos establecidos en la fracción XVI, del artículo 73 de la misma Constitución.”³⁵

Por tanto, el Estado tiene la obligación de garantizar el pleno goce de la salud pública y privada, y con ello surge una relación directa con el derecho, cuya función principal radica en regular las conductas humanas, usando como fundamento los conocimientos establecidos en diversas disciplinas.

El caso de la salud no es la excepción, pues aporta una enorme cantidad de definiciones, prácticas y criterios al derecho, quien se encarga de formalizar muchas de las actividades, bienes y servicios considerados propios de la salud para regularlos socialmente.

Sólo mediante el derecho puede establecerse un sistema integral de salud, pues es en la ley donde se determinan los instrumentos y apoyos necesarios para alcanzar el objetivo constitucionalmente definido.

³⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019.

La salud es el derecho humano a gozar del más alto nivel posible de bienestar general, que implica entre otras, la salud física, mental y emocional que permita vivir dignamente, el cual debe garantizarse por el Estado de acuerdo a los recursos con que cuente, mediante políticas económicas, sociales, culturales y educativas. De igual forma, el Estado debe brindar acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de asistencia, promoción y atención integral de la salud, así como de la salud sexual y reproductiva.³⁶

En el marco jurídico internacional, el derecho a la salud se encuentra contemplado en el artículo 25 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en tanto que establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” Es muy preciso al señalar que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” y advierte que “todos los niños, tienen derecho a igual protección social, sin importar su procedencia familiar.”³⁷

Por su parte, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, reconoce en su artículo 12, “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y que “entre las medidas que deberán adoptar los Estados al firmar el pacto, es asegurar que este derecho se cumpla”.³⁸

De igual forma, el artículo 26 de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”*, indica que “los Estados se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la carta de la

³⁶ Ríos Vega, Luis E., *et al.*, *Vademécum de derechos humanos*, México, Tirant lo Blanch, 2019, p. 69.

³⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. *un.org*

³⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976. *ohchr.org*

Organización de los Estados Americanos, reformada por el protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”³⁹

Recordemos que la efectividad de los derechos humanos no se logra de manera inmediata, sino que conlleva todo un proceso que supone definir metas a corto, mediano y largo plazo. Por su parte, la progresividad de que habla el párrafo anterior implica que el goce de los derechos siempre debe mejorar. En tal sentido, el principio de progresividad de los derechos humanos se relaciona no sólo con la prohibición de regresividad del disfrute de los derechos fundamentales, sino también con la obligación positiva de promoverlos de manera progresiva y gradual.⁴⁰

La *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, en su artículo 7 establece el derecho a la protección de la maternidad y de la infancia, pues dice que “toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.” Asimismo, en su artículo 11, hace referencia a la obligación de garantizar la salud y el bienestar, pues indica que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”⁴¹

El artículo 10 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”*, establece que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social,” de igual forma, el artículo 15 de dicho protocolo, hace mención de que “los Estados partes se comprometen a brindar adecuada protección al grupo familiar y en especial a

³⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”, 1969. *oas.org*

⁴⁰ Tesis CXXVII/2015, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, Libro 24, noviembre de 2015, p. 1298.

⁴¹ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948. *oas.org*

conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto.”⁴²

La tesis asilada **SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO**, detalla, por un lado, la obligación inmediata del Estado Mexicano de garantizar a las personas por lo menos un nivel básico del derecho a la salud y, por otro lado, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios a su alcance, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para alcanzar el más alto nivel de atención. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para que el goce de dicho derecho sea evidente.⁴³

Esta tesis establece la obligación de continuar mejorando los servicios médicos que se brindan y no estancarnos si existe la posibilidad de hacer las cosas mejor.

Con este mismo propósito, en México, la *Ley General de Salud* en sus artículos 1 y 2 reglamenta el derecho a la protección de la salud y establece sus finalidades. De igual forma, en su artículo 3ro., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.⁴⁴

⁴² Protocolo Adicional a la Convención American sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, 1998. *ordenjuridico.gob.mx*

⁴³ Tesis CVIII/2015, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, T. I, noviembre de 2014, p. 1192.

⁴⁴ “**ARTÍCULO 1o.** La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas

En este mismo sentido, el artículo 1 de la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (“Convención de Belém do Pará”), establece lo que debe entenderse por violencia contra la mujer, que es “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.”⁴⁵

También establece en su artículo 4, que “toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Entre los que comprende el derecho a que se respete su vida, así como el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.”⁴⁶

Dicha Convención impone a los Estados en su artículo 9, 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. En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de

en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.”

“ARTÍCULO 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.”

⁴⁵ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, 1995, *oas.org*

⁴⁶ *Idem.*

discriminación, que les impide a ellas el goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales.”⁴⁷

Por su lado, 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 puerperio.”⁴⁸

Ahora bien, uno de los primeros países que reconoció la violencia obstétrica como concepto legal fue Venezuela a través de una Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia que fue publicado el 19 de marzo de 2007 y en la que define a la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y proceso reproductivos de las mujeres por prestadores de servicios de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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.”⁴⁹

El artículo 51 de dicha ley detalla que practicar el parto por vía cesárea cuando existan las condiciones para un parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, se considera un acto constitutivo de violencia obstétrica.⁵⁰

En México la violencia obstétrica fue reconocida en el mismo año que Venezuela y los diversos tipos de modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la *Ley General y en las*

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW, 1981. *cedoc.inmujeres.gob.mx*

⁴⁹ Pérez D’Gregorio, Rogelio. “Obstetric violence: A new legal term introduce in Venezuela”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, en Olza, Ibone (comp.), *Parir, El poder del parto*, España, Ediciones B, 2017, p. 155.

⁵⁰ [https://venezuela.unfpa.org./sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer\(1\)_0.pdf](https://venezuela.unfpa.org./sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer(1)_0.pdf)

leyes locales de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia y además, regulan las políticas públicas en la materia. Al respecto cabe señalar que la violencia obstétrica se puede encuadrar en las figuras de violencia institucional y de género ya existentes en la ley.

A nivel local, los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz y la Ciudad de México cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia.⁵¹

En cuanto a lo que interesa, las *Leyes de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia* para los Estados de Chiapas, Chihuahua, Durango, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz, consideran que practicar el parto por vía de cesárea cuando existen condiciones para un parto natural es una forma de violencia obstétrica.⁵²

Por su parte, las *Leyes de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia* para los Estados de Colima e Hidalgo consideran que la patologización de los procesos naturales de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio es una forma de violencia obstétrica.⁵³

Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Distrito Federal, define la violencia contra los derechos reproductivos como toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres y refiere entre otros supuestos, los servicios de atención prenatal y los servicios obstétricos de emergencia.⁵⁴

De igual forma, establece que la violencia obstétrica es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un

⁵¹ Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos, GIRE, p. 46.

<http://gire.org.mx/wp-content/uploads/2006/07/informe-violenciaobstetrica2015.pdf>

⁵² *Ibidem*, pp.46 a 54.

⁵³ *Idem*.

⁵⁴ Fracción VI de la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Distrito Federal, 2017, <http://ordenjuridico.gob.mx>

establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.⁵⁵

Ahora bien, a mayo de 2015, en tres códigos penales se considera la violencia obstétrica un delito, estos son Veracruz, Guerrero y Chiapas.⁵⁶ En el caso de Veracruz, 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 y establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que entre otros procedimientos “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” y que “no obstante existir las condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.⁵⁷

Las penas contempladas en éste Código van de seis meses a seis años de prisión y multa hasta de trescientos días de salario mínimo. Además de que si el sujeto activo fuera servidor público se destituirá o inhabilitará de su cargo hasta por dos años.

En el Estado de Guerrero, el Código Penal establece que “se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico,

⁵⁵ *Ibidem*, fracción VII.

⁵⁶ Informe GIRE 2015, *op. cit.*, Punto 3.

⁵⁷ Artículo 363, Código Penal del Estado de Veracruz, 2018.

patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas”.⁵⁸

Por su parte el Código Penal del Estado de Chiapas, establece que “comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer, expresado en un trato deshumanizado, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad. Con independencia de las lesiones causadas, el responsable del delito de violencia obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual”.⁵⁹ (En el capítulo V, p. 35 expongo por qué considero que tipificar la violencia obstétrica como delito no es la solución para erradicarlo).

En este tema la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido diversos criterios donde se reitera que las autoridades se encuentran obligadas a adoptar las medidas integrales con perspectiva de género para cumplir con la debida diligencia en su actuación, establece el objeto constitucional de las Leyes relativas de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia y el deber de reparar cuando haya existido violencia o discriminación contra la mujer.

Así pues, en la tesis aislada **DERECHO DE LA MUJER A UNA VIDA LIBRE DE DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA. LAS AUTORIDADES SE ENCUENTRAN OBLIGADAS A ADOPTAR MEDIDAS INTEGRALES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA CUMPLIR CON LA DEBIDA DILIGENCIA EN SU ACTUACIÓN.**

Este derecho se traduce en la obligación de toda autoridad de actuar con perspectiva de género, con lo que se pretende combatir argumentos estereotipados e indiferentes para el pleno y efectivo ejercicio del derecho a la igualdad; por ende, las autoridades estatales deben

⁵⁸ Artículo 202, Código Penal del Estado de Guerrero, 2017.

⁵⁹ Artículos 183 Ter y 183 Quater, Código Penal del Estado de Chiapas, 2018.

adoptar medidas integrales para cumplir con el objetivo deseado. Estas medidas incluyen un adecuado marco jurídico de protección, una aplicación efectiva del mismo, así como políticas de prevención y prácticas para actuar eficazmente ante las denuncias.⁶⁰

Por su parte, la tesis **ACCESO A LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN EL DISTRITO FEDERAL. OBJETO CONSTITUCIONAL DE LA LEY RELATIVA.** Establece que el objeto de esta ley consiste en establecer los principios y criterios que, desde la perspectiva de género, orienten las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, así también se debe establecer una coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.⁶¹

Finalmente, en la tesis **VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. DEBER DE REPARAR,** se indica que el sistema de justicia debe ser capaz de reparar el daño provocado por parte de las autoridades y debe impulsar un cambio cultural. Al respecto, el artículo 8 de la Convención del sistema universal establece como deber progresivo del Estado el que por medio de sus autoridades adopte medidas específicas para modificar los patrones socioculturales y fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia en temas relacionados con la igualdad entre el hombre y la mujer y la equidad de género. Por tanto, la respuesta por parte del Poder Judicial ante este tipo de violaciones debe no sólo puntualizar la violación específica por parte de una autoridad y cambiarla, sino que también debe buscar impulsar un cambio de conducta en la sociedad para con ello ir mejorando las relaciones socialmente establecidas, en aras de cumplir con las obligaciones de respeto y garantía, así como de reparar las violaciones a los derechos humanos, reconocidos en el artículo 10. constitucional.⁶²

Lo cierto es que el contenido de esta tesis se limita a establecer que las autoridades del poder judicial, deben impulsar el cambio sociocultural y obligar a los entes involucrados la reparación

⁶⁰ Tesis CLX/2015, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, T. I, mayo de 2015, p. 431.

⁶¹ Tesis LXXX/2014, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. I, marzo de 2014, p. 529.

⁶² Tesis CLXV/2015, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. I, mayo de 2015, p. 458.

de los derechos humanos violentados, tal vez porque la naturaleza del asunto a resolver así lo requería, pero lo cierto es que el artículo 1ro. Constitucional, en la reforma del 10 de junio de 2011, obliga a todas las autoridades del país a respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos, por lo que el cambio de conducta social, que plantearé como una parte de la solución del caso, debe estar no sólo a cargo de las autoridades del Poder Judicial, si no en manos de todas las autoridades de nuestro país y de cada ciudadano que forma parte de esta nación.

El criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación es que se deben adoptar medidas integrales para cumplir con los objetivos deseados en materia de derechos humanos. Ha venido exigiendo a las autoridades, desde hace algunos años, que reconozcan la necesidad de actualizarse y actuar con perspectiva de género en aras de adaptar su proceder a los objetivos internacionalmente planteados.

Por otra parte, el 7 de abril de 2016, 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)* y se da paso a la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*, la cual 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.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

Por su parte, la Secretaría de Salud en su afán por difundir las prácticas establecidas en la Norma ha elaborado la *Guía de práctica clínica para la vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*, en la que se abordan todos los elementos que permiten entender y aplicar el modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro.⁶³

Al respecto la Organización Mundial de la Salud también ha hecho públicas una serie de *Recomendaciones para los cuidados durante el parto*, para que este resulte ser una experiencia positiva, lo anterior con motivo de la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, Niño y el Adolescente (2016-2030). Con estas recomendaciones se pretende transformar la atención a las mujeres y neonatos cuidando su salud y bienestar. En ella se establece que debido al incremento desmedido de cesáreas como forma de terminar el embarazo, es necesario actualizarse y reúne no solamente las recomendaciones ya existentes sobre el tema, sino que adiciona unas cuantas para formar un paquete de 56 propuestas que garanticen la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud de que se trate.⁶⁴

También es importante señalar que, en México la relación que se establece entre la mujer embarazada y su médico al momento del parto es una relación contractual normada en lo general por el *Código Civil en su Libro Cuarto de las Obligaciones*, y en lo particular en el *Título Décimo Capítulo II, de la prestación de servicios profesionales*, en la que las partes, mediante un pacto o convenio se obligan sobre una cuestión de salud y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.⁶⁵

⁶³ http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_52_08_GRR.pdf

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar”, 2018.

⁶⁵ López de la Peña, Xavier A., “El Consentimiento informado en la legislación en Salud en México”, *Gaceta Médica, El Médico y la Ley*, México, Vol. 132, No 5, p. 552.

“Dicho pacto o convenio se establece mediante la figura del consentimiento, que representa la conformidad de voluntades entre los contratantes, es decir, entre la oferta de servicios por parte del médico (oferente) y su aceptación por parte del paciente (demandante), y que constituye el principal requisito del contrato como se especifica en el Artículo 1794 del Código Civil citado.”⁶⁶

El consentimiento es un elemento indispensable en los contratos, sin embargo, su integración formal en el terreno de la medicina cobra importancia a partir del conocido *Código de Núremberg de 1947*, al señalarlo como requisito indispensable en casos de investigación médica, después de conocerse los terribles procedimientos médicos cometidos por los nazis en los campos de concentración. Dicho código establece que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Esto significa que la persona interesada debe tener la capacidad jurídica de dar su consentimiento y ejercer su elección sin coerción, dolo, engaño, constreñimiento o mala interpretación y que debe tener suficiente conocimiento y comprensión de todos los elementos del problema, a fin de poder tomar una decisión inteligente e iluminada.⁶⁷

Ahora bien, aún y cuando la problemática que nos ocupa no deviene de la investigación médica, lo cierto es que dicho Código sienta las bases para que la voluntad de la mujer, en su calidad de ser humano, sea tomada en cuenta durante el parto, pues en ese momento se le brinda tratamiento y cuidado médico y de igual forma, no existan mecanismos de coerción, dolo o engaño que la obliguen a permanecer como sujeto pasivo en las prácticas médicas donde su cuerpo y su parto son los protagonistas.

De esta manera, el objetivo fundamental que se persigue es el de garantizar el derecho de que toda mujer embarazada pueda consentir y participar, con la asistencia profesional de algo que

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ *Idem.*

es de ella y se le coloque como interlocutor válido en términos de igualdad en su relación con el prestador de servicios de salud.

En México, el concepto del consentimiento informado en la relación contractual médico-paciente, ha conseguido espacios en la legislación en salud a paso muy lento como consecuencia de la diferencia en cuanto a la evolución entre las ciencias médicas y la ley, pues mientras la primera crece y se desarrolla de forma muy dinámica, la segunda se mantiene habitualmente retrasada; además de que el hilo que conecta la medicina con la legislación no siempre es transitable, pues todo procedimiento médico continúa realizándose en sentido paternalista o como dicte el médico y no siempre se atiende a los derechos de la paciente.⁶⁸

La *NOM-007-SSA2-2016*, contempla lo que debe entenderse por consentimiento informado, y lo distingue como “el proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.” Asimismo, establece que “la inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.” Por último refiere que “los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.”⁶⁹

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido diversos criterios en donde se define en qué consiste el deber de informar, reconoce que el consentimiento informado es un derecho fundamental de los pacientes y establece los supuestos en que puede existir una excepción. Tal

⁶⁸ *Idem.*

⁶⁹ Puntos 3.10, 5.5.7, 5.5.8 y 5.5.20.7 de la *NOM-007-SSA-2016*.

es el caso de las siguientes tesis, que aún y cuando son aisladas no por ello dejan de ser relevantes.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. CONTENIDO DEL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. ⁷⁰ Esta tesis aislada, establece la obligación que tiene el profesionista médico de aportar al paciente todos los elementos necesarios para la libre e informada toma de decisiones sobre el tratamiento a recibir o la ausencia del mismo. La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación establece que el deber de informar consiste, dependiendo del estado de salud del paciente, en el diagnóstico de su padecimiento, el tratamiento o intervenciones necesarias para tratarlo y sus alternativas, así como los riesgos que se corren y los efectos que puedan tener tales tratamientos o intervenciones en su persona. El médico tiene esa obligación, pues es el sujeto que puede incidir en la esfera de derechos del paciente. También establece las ocasiones en que la intervención médica no permite demora y por lo que existen excepciones al consentimiento informado.

Asimismo, en la tesis aislada **CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERECHO FUNDAMENTAL DE LOS PACIENTES**, se establece que el consentimiento informado salvaguarda el derecho a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. El consentimiento informado consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su aprobación para que se le realicen tratamientos o procedimientos médicos. De esta forma el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucrada. Esta tesis no constituye jurisprudencia, ya que no resolvió el tema de la contradicción planteada.⁷¹

Otra tesis que hace una aportación interesante al tema es **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. SUS FINALIDADES Y SUPUESTOS NORMATIVOS DE SU**

⁷⁰ Tesis CCXXV/2016, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. I, septiembre de 2016, p. 507.

⁷¹ Tesis XLIII/2012, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. I, agosto de 2012, p. 478.

EXCEPCIÓN. En ésta se establece que el consentimiento informado en materia médico-sanitaria tiene un doble propósito: por un lado, constituye la autorización de una persona para someterse a procedimientos o tratamientos médicos que pueden modificar su integridad física, salud, vida o libertad de conciencia y, por otro lado, es una forma de cumplimiento por parte de los médicos del deber de informar al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento o procedimiento médico, así como de las implicaciones, efectos o consecuencias que pudiera traer a su salud, integridad física o vida.⁷²

En esta tesis, se considera por un lado, que el consentimiento informado es una autorización, de la que habla el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual debe recabarse cuando el paciente ingresa al hospital. Existe un caso de excepción a la regla general y es que en caso de urgencia si el paciente se encuentra en un estado de incapacidad transitoria o permanente y no sea posible que su familiar más cercano, tutor o representante autorice los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, los médicos tratantes, previa valoración del caso y con el acuerdo de dos de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico de dicho actuar.

La jurisprudencia en este tema no se ha logrado, pues no han existido reiteraciones suficientes, que eleven el tema a esa categoría.

El hecho de que el derecho a estar informado sea violentado, nos lleva a pensar que la violencia obstétrica entraña en sí misma violaciones a diversos derechos, pues al existir vicios en el consentimiento se estaría no sólo en presencia de violaciones al derecho a la salud, sino también el derecho a la integridad física, a la vida, a la dignidad humana, a la libertad de conciencia y el derecho a la vida privada, entre otros.

⁷² Tesis CXCVII/2016, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. I, julio de 2016, p. 314.

No existe consentimiento válido, si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo. Es decir, “el vicio del consentimiento es la ausencia de una voluntad sana con el objetivo de falsear, adulterar, anular dicha voluntad y alcanzar propósitos deseados lo cual compromete su eficacia. La voluntad queda excluida cuando el consentimiento en su forma exterior está viciado.”⁷³

Los vicios del consentimiento son: el error, el dolo, la violencia, la lesión y la incapacidad.

En palabras del autor Andrés Castillo, el consentimiento es el querer interno, la voluntad que, manifestada bajo el consentimiento, produce efectos en derecho. La perfección del contrato exige que el consentimiento sea prestado libremente por todas las partes intervinientes. La voluntad se exterioriza por la concurrencia sucesiva de la oferta y de la aceptación, en relación a la cosa y la causa que han de constituir el contrato. Será nulo el consentimiento viciado, por haber sido prestado por error, con violencia o intimidación, o dolo.⁷⁴

“La ausencia de vicios en el consentimiento es imprescindible para la validez y eficacia del contrato, a cuyo fin se requiere que la voluntad no esté presionada por factores externos que modifiquen la verdadera intención.”⁷⁵

Lo anterior nos lleva a concluir que, Liliana, originaria de Chetumal, Quintana Roo, cuyo caso fue planteado en la introducción del presente trabajo, fue intimidada por el Médico Familiar del Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social, pues durante las primeras seis horas en el hospital, el médico encargado le comentó que presentaba una evolución favorable para el parto natural. Sin embargo, al darse el cambio de turno, el nuevo médico sugirió de manera tajante que se realizara una cesárea, pese a que las condiciones no habían cambiado, pues el

⁷³ Castillo, Andrés, “Los vicios del consentimiento en el contrato”, monografías.com, República Dominicana, 2011, https://www.monografias.com/trabajos89/vicios-del-consentimiento_contrato/vicios-del-consentimiento-contrato.shtml

⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ *Idem.*

médico que la atendía manifestó “si la paciente lo desea, yo me puedo ir a dar una vuelta para revisar a todos mis pacientes y en una hora y media regresar, pero si el bebé ya tiene sufrimiento fetal es bajo su responsabilidad”.

Esta intimidación representa un vicio al consentimiento, que no sólo invalida la relación contractual que existe entre el médico y la paciente, sino que además es una forma de violencia obstétrica, en la medida que logra inducir en la paciente miedo por la vida de su hijo y por la propia y la lleva a encarar un procedimiento que seguramente resultaba innecesario, pues como lo refiere, no existía un cambio de condiciones físicas que la llevaran a considerar un estado de riesgo y al no haberse el médico detenido a informar correctamente a la paciente y recabar un consentimiento válido, es claro que su caso está plagado de irregularidades, pues se violan derechos humanos como la integridad personal, la salud, la vida privada y derechos a la información.

Es por ello que la atención del parto cuenta con un vasto marco jurídico, pues una vez que se viola un derecho durante el parto, se desencadena la violación de muchos más, por lo que resulta indispensable evitar que se viole el primero y si esto se logra, se podrá tener una atención al parto impecable.

V. DEFINICIÓN DE LA PROBLEMÁTICA OBSERVADA

La disminución de la cesárea cuando resulta innecesaria debe ser una acción prioritaria en todas las instituciones de salud en México, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor mortalidad. El uso innecesario de la misma es ya un problema de salud pública.⁷⁶

“En las últimas dos décadas se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar este proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los proceso de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto.”⁷⁷

Desde otra perspectiva, hay quienes afirman que debe hacerse todo lo posible por realizar cesárea a todas las madres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada, lo cual también es muy cierto, siempre y cuando obedezca a una necesidad obstétrica.⁷⁸

Lo anterior nos lleva a preguntarnos si ¿es posible reducir el número de cesáreas que se practican en México, sin que se violenten los derechos o se ponga en riesgo la vida de la madre y su hijo?

⁷⁶ *Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*, México, Instituto Mexicano de Seguro Social, 2014, p. 8. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud. “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar”, 2018, p. 1, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

⁷⁸ Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesáreas. WHO/RHR/15.02, OMS, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

Considero que sí, pues actualmente la mayoría de los médicos no analizan cada caso con sus peculiaridades, si no que ante cualquier situación, sugieren practicar una cesárea, innecesaria en muchos de los casos.

Refiero lo anterior debido a que, a través de un segundo análisis sobre salud materno-infantil realizado en 2015, en la que se involucró a 287 establecimientos médicos de 21 países, *The Lancet Global Health*,⁷⁹ concluyó que la tasa de cesárea aumentó en general entre la primera y la segunda encuesta del 26.4% al 31.2% La primera de ellas llevada a cabo de 2004 a 2008 y la segunda de 2010 a 2011.⁸⁰

En México, en el año 2015, el 45.2% de los nacimientos fueron por cesárea en hospitales públicos,⁸¹ mientras que el 79.1% de los bebés nacidos en hospitales privados fueron por cesárea, es decir, en las instituciones médicas privadas en México, 8 de cada 10 niños nacieron por cesárea en ese año.⁸²

⁷⁹ Revista británica que presenta investigaciones sobre temas médicos las cuales están sujetas a los estándares más rigurosos y cuyo enfoque esta en las poblaciones desfavorecidas o grupos marginados dentro de naciones prósperas con preferencia por los temas de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescentes.

⁸⁰ Vogel, JP, et al. *WHO Multi-Country Survey on Maternal and New Born Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 Countries: a secodary analysis of two multicountry survey*, Lancet Global Health, 2015. Este análisis compara los resultados de la *Encuesta Global sobre salud materna y perinatal (WHOGS 2004-2008)* y la *Encuentra Global sobre salud materna y de recién nacidos (2010 - 2011)*, realizadas por la Organización Mundial de la Salud.

⁸¹ Supporting information. S1 File. Data and Sources. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*, op. cit.

⁸² Juárez, Jennifer, "Una epidemia de cesáreas innecesarias en México", *The New York Times en español*, México, 28 de agosto de 2017.

<https://www.nytimes.com/es/2017/08/28/una-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-Mexico>

“Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa⁸³ y acretismo placentario⁸⁴, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto, mayor probabilidad de muerte materna.”⁸⁵

En la actualidad se ha hecho creer a las mujeres que el parto es peligroso y que debe ser intervenido siempre por un obstetra. El parto no es una enfermedad, pero se atiende como tal y se ha medicalizado de tal forma que las mujeres no confían en que su cuerpo es capaz de dar a luz solo. En los hospitales del mundo occidental no se brinda apoyo emocional a la mujer durante el parto, si no que se les trata como si fueran bombas de relojería a punto de estallar. “Desde el modelo médico se atiende todo el proceso del parto como si el embarazo fuese una enfermedad que hubiera que finalizar cuanto antes con la extracción del bebé al que llaman feto.”⁸⁶

Además, los aspectos culturales tienen mucho peso, es decir, el parto se vive de manera diferente dependiendo del círculo social de que se trate. “En algunos lugares la cesárea puede percibirse como un lujo, un privilegio de clases altas, mientras que en otros ambientes se puede interpretar incluso como un síntoma de sumisión al poder médico.”⁸⁷

⁸³ Placenta previa: Inserción de la placenta en el canal del parto. Se clasifica en cuatro grados: *placenta previa central* y *total*, que ocluye totalmente el cuello uterino; *placenta previa parcial*, en la que el cuello uterino se encuentra parcialmente ocupado por la placenta; *placenta marginal*, en la que el borde inferior de la placenta llega al orificio cervical interno; *inserción baja*, en la que la placenta se encuentra inserta en el segmento uterino inferior. El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia del tercer trimestre del embarazo. Al iniciarse las contracciones uterinas, el desprendimiento placentario se acompaña de hemorragia, que afecta a la madre o que puede producir también falta de oxígeno en la sangre del bebé, células y tejidos del mismo. El tratamiento habitual de la placenta previa es la cesárea. “Diccionario Médico”, Clínica Universidad de Navarra.

⁸⁴ Placenta acreta: Una condición en donde la placenta se adhiere al músculo del útero sin existir capa de separación, haciendo difícil su remoción. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de la Operación Cesárea, *op. cit.*, p. 48. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

⁸⁵ *Ibidem*, p. 8.

⁸⁶ Olza, Ibone, *op. cit.*, p. 136.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 95.

“Parte de la problemática radica en que una vez practicada una cesárea, es muy difícil precisar si era necesaria, debido a que lo que ocurre en el paritorio o en el quirófano escapa de la posibilidad de probar las situaciones acontecidas, entre que el llenado del expediente clínico es deficiente y que todos los involucrados se vuelven cómplices, el personal sanitario suele salir muy bien librado.”⁸⁸

“Las tasas de cesáreas con las que hoy cuenta México, es el resultado de una mezcla de desinformación con irresponsabilidad. La mayoría de las pacientes deciden dejar que el médico tome las decisiones sobre su cuerpo y el del recién nacido y en su mayoría, los médicos ocultan los riesgos de una cirugía mayor, como lo es la cesárea, de hecho también ocurre en los partos naturales, donde se dan una cascada de intervenciones que terminan en partos horribles donde el médico queda como el héroe de la tragedia que él mismo ocasionó.”⁸⁹

De igual forma, como podemos observar, una de las medidas propuestas para visibilizar, prevenir y sancionar la violencia obstétrica en algunos Estados ha sido la de reformar los códigos penales para tipificarla como un delito, con sanciones privativas de la libertad y multas para el personal de salud que incurra en estas prácticas.

Sin embargo, las teorías modernas del Derecho Penal como *ultima ratio* o derecho penal mínimo, 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 tanto, considero, como el grupo de información en reproducción asistida, que la vía penal no es idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica, ya que dicha medida podría inhibir la actuación del personal de salud y no promover un cambio de mentalidad para prevenir y erradicar la violencia obstétrica.⁹⁰

⁸⁸ Elvia Josefina Ruiz Amaro. Abogada investigadora de derecho sanitario.

⁸⁹ *Idem*.

⁹⁰ Baratta, A., “Criminología y Sistema Penal”, en Ferrajoli et. al. (comp.), “Prevención y teoría de la pena”, Santiago de Chile, Editorial Jurídica Conosur, 1995, en Informe GIRE, 2015. Punto 3. *Violencia Obstétrica. Negación de acceso y mala atención del parto, Marco Normativo*, <http://informe.2015.gire.org.mx>

Tipificar la violencia obstétrica como delito, no atiende a los problemas estructurales que subyacen en la perpetuación de dicha práctica, el respeto efectivo a los derechos humanos de las mujeres en este tema debe generarse desde la fuente. Es decir, desde la enseñanza de la medicina como una disciplina donde el personal de salud no tome las decisiones por las mujeres y adopte una perspectiva de derechos humanos para con ello erradicar el trato discriminatorio y deshumanizado del personal médico hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con base en la información que toda mujer debe tener sobre su cuerpo y sus procesos.⁹¹

Por el contrario, es preciso crear espacios de encuentro y cuidados para profesionales de la atención del parto, donde puedan escucharse y reconocer su propio dolor, ya que a la gran mayoría de los obstetras se les ha formado para ejercer violencia obstétrica, la reconocen o han sido testigos de ella.⁹²

En el paritorio ideal, la salud de los profesionales tendrá que ser igual de importante que la de las madres o los bebés. Un ambiente de trabajo saludable para los profesionales no sólo significa que las instalaciones sean cálidas, bonitas o cómodas tanto para las parturientas como para los que las atienden. También significa que las clínicas y hospitales se ocupen de la salud psíquica de los trabajadores, que se les cuide de diversas maneras, con supervisión especializada tras circunstancias tan duras como la muerte intraparto, con flexibilidad de horarios y políticas de conciliación de cuidados eficaces. Entendiendo que trabajar con el nacimiento, al igual que con la muerte, requiere una dedicación especial que sólo es posible que sea saludable desde la escucha de las emociones, tanto de las mujeres como de los profesionales.⁹³

⁹¹ Informe GIRE 2015. Punto 3. *Violencia Obstétrica. Negación de acceso y mala atención del parto*, Marco Normativo, <http://informe.2015.gire.org.mx>

⁹² Olza, Ibone, *op.cit.*, pp. 161 y 162.

⁹³ Olza, Ibone, *op. cit.*, p. 164.

Por lo tanto, en lugar de criminalizar deberíamos buscar medidas de tipo administrativo y de políticas públicas que refuercen el marco normativo y de derechos humanos para una mejor atención obstétrica. Ahora que si se presentan ciertos tipos de incumplimiento o violaciones de los derechos humanos en esta materia, éstos deberían sancionarse por la vía civil o administrativa.⁹⁴

Por otro lado, es importante recalcar que en México en muchos de los casos, el consentimiento informado es confundido con la “autorización” de que habla el artículo 80 del *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica*, pues en el mismo se establece que en todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.⁹⁵

Es decir, me parece que en nuestro país aún no tenemos muy claro el propósito y fin del consentimiento informado necesario durante la atención del parto, pues el mismo es un documento que firma la paciente en el que acepta la realización de procedimientos invasivos, en donde reconoce que entiende lo que se espera lograr o en su caso evitar con la práctica de los mismos. Este documento, tiene como finalidad documentar que durante el embarazo, parto y puerperio se respetaron los derechos humanos de la paciente; sin embargo, el mismo se firma muchas de las veces en términos de lo que marca el artículo 80 de la legislación en mención y lo único que se busca es legitimar la decisión médica y no se le ve como un mecanismo protector de los derechos de la paciente.

⁹⁴ Informe GIRE 2015. Punto 3. *Violencia Obstétrica, Marco Normativo*, <http://informe.2015.gire.org.mx>

⁹⁵ Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, 1986.

Además, muchos médicos que atienden partos se encuentran convencidos de que el parto es peligroso. En muchos casos ni siquiera han visto nunca un parto sin intervenciones médicas. Por el contrario, la mayoría de los partos que han presenciado o atendido estaban muy medicalizados y por eso se complican en mayor o menor grado, pero ¿será posible que el personal de salud confirme que esas complicaciones son precisamente consecuencia de las intervenciones que se han hecho?⁹⁶

Para profundizar un poco más en la problemática que hoy se vive, es necesario comprender el parto desde la psicología y las neurociencias.⁹⁷

“En biología casi nada es casual: los procesos que observamos ahora suelen ser el resultado de millones de años de perfeccionamiento y evolución. Mirar la naturaleza e intentar comprender lo que observamos es la base de toda ciencia. Comprender e intentar descifrar el parto y el nacimiento, pensar en por qué y para qué de todo este perfeccionado diseño que nos permite iniciar la vida fuera del útero materno es fascinante.”⁹⁸

Ahora, ¿qué sucede si omitimos todo el proceso del parto, como pasa en las cesáreas programadas? La transición neurohormonal es absolutamente brusca, de forma muy diferente a como sucede en un parto fisiológico. Ni el cerebro de la madre ni el del bebé han tenido la liberación masiva de hormonas que no sólo favorecen el desarrollo neuronal del nuevo ser, si no que preparan a la madre para la maternidad y la crianza. También el cerebro de las mujeres que han tenido cesáreas puede tardar más tiempo en adaptarse a la maternidad, lo que puede traducirse en que tras una cesárea cuesta más sentir la intensidad del vínculo con el bebé.⁹⁹

⁹⁶ Olza, Ibone, *op.cit.*, p. 139.

⁹⁷ Comprender el parto desde la psicología y las neurociencias ha sido la propuesta que Ibone Olza nos da para perfeccionar los procesos médicos que se viven en la atención del parto. *Ibidem*, p. 40.

⁹⁸ *Idem*.

⁹⁹ *Ibidem*, pp. 108, 109 y 111.

En el recién nacido por cesárea programada no es infrecuente una complicación relativamente grave como es la dificultad para respirar, lo cual motiva que algunos recién nacidos por cesárea tengan que ser ingresados en neonatología al poco de nacer. El no haber liberado toda esa adrenalina también favorece que tengan baja el azúcar y no logren mantener una temperatura adecuada, especialmente si no son colocados sobre el cuerpo de la madre nada más nacer. El no pasar por el canal de parto, trae como consecuencia que el bebé no se expone a las bacterias de la madre y por ello el intestino del bebé no será colonizado por esas bacterias, sino por las del hospital. Esto sin duda afecta al sistema inmune y al consumo de energía desde el intestino de forma negativa, lo que parece aumentar el riesgo de obesidad y asma.¹⁰⁰

Investigar lo que sucede en el cerebro del recién nacido es muy difícil, ya que en la especie humana el cerebro puede tardar casi veinte años en terminar de desarrollarse. En muchos experimentos con animales de laboratorio se ha comprobado como manipular con hormonas durante el parto produce alteraciones en la conducta que se manifiestan al llegar a la edad adulta. Investigar con humanos sería casi imposible, pues ello implicaría observar a un grupo de niños nacidos por cesárea programada hasta la edad adulta y comparar sus muestras con niños nacidos por parto natural, lo que no sólo sería muy largo sino que además sería costoso, pues existen una cantidad infinita de variables que pueden influir a lo largo de la crianza.¹⁰¹

“Las posibles secuelas de las cesáreas programadas han recibido escasa atención, aunque cada vez es mayor la preocupación por los efectos de la cesárea en la maduración cerebral.”¹⁰²

En un trabajo realizado por investigadores españoles del Instituto Cajal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas se compararon ratones nacidos por parto natural con otros nacidos por cesárea. En dicha investigación se intentaba analizar el tamaño y la función de su hipocampo, midiendo la producción de la proteína Ucp2, que es fundamental para la utilización de ácidos grasos por parte de las neuronas adultas. Se observó el comportamiento de los

¹⁰⁰ *Ibidem*, pp. 112 y 113.

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 113.

¹⁰² *Idem*.

ratones al llegar a la edad adulta al medir su memoria espacial y su conducta en una situación estresante. Los nacidos por cesárea programada mostraban déficit significativo en ambas situaciones, así como menor producción de proteína Ucp2 en el hipocampo, también mostraron tener menos neuronas, más pequeñas y con menos conexiones, lo que llevó a concluir que en los ratones la omisión del trabajo de parto en las cesáreas programadas puede afectar a la producción de proteínas mitocondriales en el hipocampo, el crecimiento neuronal y tener dificultades en la memoria espacial y otras funciones en la edad adulta.¹⁰³

Este estudio tiene como objetivo motivar la reflexión sobre este tema y darnos cuenta que en la naturaleza casi nada es gratuito. Cuanto más se sabe al respecto, más difícil resulta imaginar que no pase nada en el cerebro del recién nacido si lo privamos del parto y lo sacamos por cesárea programada antes de la fecha en que tenía que nacer. Sin embargo, es indudable que la especie humana tiene una enorme capacidad de recuperación, lo hemos visto a lo largo de la historia, y tal vez la práctica de una cesárea cuando existen condiciones para un parto natural no deje secuelas en el bebé o esas tal vez sean mínimas o muy leves y se curen con alguna práctica de crianza, o con el tiempo, o con la alimentación o con tratamientos, pero no podemos estar completamente seguros de ello.¹⁰⁴

Lo que es importante es no hacer a un lado esta información y usarla en favor de la especie humana y por ello es que urge implementar una solución eficaz que evite la práctica desmedida de operaciones cesárea, cuando se tienen las condiciones para llevar a cabo un parto natural.

¹⁰³ Simon-Areces, J., *et al.*, “Ucp2 induced by natural birth regulates neuronal differentiation of the hippocampus and related adult behavior”, en Olza, Ibone (comp.), *Parir, El poder del parto*, España, Ediciones B, 2017, pp. 114 y 115.

¹⁰⁴ *Ibidem*, 115.

VI. PROPUESTA TENTATIVA DE SOLUCIÓN AL CASO O SITUACIÓN.

Ante el panorama que se vive actualmente, existen diversas acciones a realizar por parte del Estado, para mejorar la calidad de los servicios de maternidad.

Para empezar, es urgente realizar una campaña, guiada por políticas públicas para que el sistema nacional de salud reconozca la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género, y garantice el acceso a una atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio. Que se reconozca el embarazo y el parto natural como un proceso humano natural al que debe otorgarse el tiempo que la naturaleza requiera y se abstengan de realizar prácticas innecesarias, sólo porque son más rápidas o fáciles.

“Las políticas públicas, son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones”.¹⁰⁵

El proceso de políticas públicas comprende: a) Empezar una acción a partir de demandas actuales o prospectadas; b) La coordinación de la agenda gubernamental con otros grupos relacionados con las necesidades previstas; c) La implementación y seguimiento de las acciones y d) la evaluación y el proceso de autocorrección o enmienda de las orientaciones definidas; en ello, estarán presentes valores, principios y normas jurídicas.¹⁰⁶

Algunos sostienen, que las políticas públicas deben estar formuladas por medio de estrategias que deben atender con eficacia las necesidades sociales, tales como a) protección a grupos

¹⁰⁵ Franco Corzo, Julio, “¿Qué son las políticas públicas?”, Universidad IEXE, 2014, <http://www.iexe.edu.mx/blog/que-son-las-politicas-publicas.html>

¹⁰⁶ Rodríguez Ortega, Graciela, “Bioética, Legislación y Políticas Públicas, Compilación de varios autores” en Sánchez Gómez, Narciso, (comp), Derechos Humanos, Bioética y Biotecnología, Editorial Porrúa, México, 2009, p. 199.

vulnerables, como en este caso es la mujer al momento del parto, b) el caso de problemas específicos de salud, como planificación familiar, acceso a los servicios de salud y en este caso el uso desmedido de la operación cesárea; c) servicios encaminados a disminuir los índices de morbilidad de enfermedades prevenibles por vacunación o tratamiento oportuno para restringir la incidencia de mortalidad; d) elevar la calidad de vida, mediante una sana y satisfactoria alimentación; la prevención de adicciones, mediante el cuidado, uso racional y prevención de los recursos naturales.¹⁰⁷

Quiero pensar que las acciones encaminadas a este propósito provocarán un cambio cultural o cambio social, el cual es la transformación que afecta la forma de pensar y de actuar de un grupo social. El mismo se logra a través de la inducción, de la apertura al tema, de la práctica y del ejemplo.

El internet y su consecuente forma de difundir la información, facilita el cambio cultural, pues de esta manera se puede lograr que las pacientes estén mejor informadas sobre su caso con todas sus particularidades y de esta forma participen activamente en las decisiones que se toman sobre su cuerpo.

Es importante que esta campaña logre ampliar la mirada sobre el parto, no sólo en su aspecto físico, sino también desde la psicología y las neurociencias. Para ello deberá existir un trabajo conjunto entre todas las autoridades de nuestro país, los profesionales de la atención del parto, así como las usuarias del sistema sanitario de maternidad.

En la campaña en mención se deben fortalecer las siguientes acciones:

- 1. Exigir bajo sanción a los prestadores de servicios de salud a leer y a obedecer las Guías de práctica clínica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la atención al parto, pues estas son suficientemente claras en la forma que debe darse**

¹⁰⁷ *Idem.*

esta atención. Además deberá exigirse a todos los prestadores de servicios de maternidad a hacer públicos sus resultados en este rubro.

Para lograr lo anterior, es necesario poner en prácticas acciones que ya se encuentran establecidas en nuestro sistema de salud, pero que en la práctica no se hacen patentes. Por ejemplo, tenemos a la mano una *“Guía de Práctica Clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea”*, actualizada en 2014, por las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, cuyo propósito es ser una herramienta para disminuir el manejo de la operación cesárea.

Es importante aclarar que aún y cuando las guías de práctica clínica son obligatorias para el personal de salud, la *“Guía de Práctica Clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea”*, viene redactada en forma de recomendación y no especifica, como la mayoría de las normas jurídicas, el recurso que procede en caso de inobservancia.

Éste catálogo tiene la finalidad de establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esta guía se pone a disposición del personal de primer, segundo y tercer nivel de atención¹⁰⁸, con la intención de estandarizar ciertas acciones nacionales acerca de:

- Informar las indicaciones basadas en evidencia científica para practicar cesárea.
- Instruir a las embarazadas sobre los beneficios del parto natural y riesgos de la

¹⁰⁸ **Primer Nivel de Atención.** Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos.

Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional.

Tercer Nivel de Atención. Es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. “Por los caminos del Sistema Nacional de Salud”, Capítulo 4, pp. 60 a 79.

operación cesárea.

- Analizar las estrategias que se han utilizado para disminuir la prevalencia de cesárea.
- Describir la prueba para valorar el parto vía natural en pacientes con cesárea previa.¹⁰⁹

Asimismo, establece diversas acciones para efecto de que el reto planteado se cumpla, entre las que encontramos:

1. La creación de un comité para evaluar las indicaciones de la operación cesárea, analizar los casos y retroalimentar a los médicos para mejorar la práctica clínica y disminuir el número de cesáreas.
2. Ofrecer a la embarazada información basada en la evidencia y el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto.
3. Proporcionar a las embarazadas información durante el control prenatal que incluya indicaciones de parto y cesárea, implicaciones de los procedimientos, riesgos y beneficios asociados e implicaciones para futuros embarazos y nacimientos. (Esto es fundamental para salvaguardar el verdadero propósito del consentimiento informado).
4. Ingresar a la paciente en fase activa del trabajo de parto a sala de labor y no realizar inducciones innecesarias del trabajo de parto. (Esto debido a que el trabajo de parto está acompañado por una serie de descargas hormonales que no sólo hacen físicamente posible el nacimiento sino que prepararan a la madre para la maternidad y la crianza).
5. Formar un comité de vigilancia de la operación cesárea, que analice las indicaciones de la cesárea y retroalimente a su personal.
6. Elaborar una guía estándar de manejo de la operación cesárea, que sea revisada periódicamente, lo cual ha dado buenos resultados.
7. Dar a conocer la guía al personal y observar su cumplimiento.
8. Crear la política obligatoria de una segunda opinión antes de indicar una cesárea.
9. Crear grupos de apoyo para educar a las pacientes, médicos y enfermeras en los beneficios del parto natural, manejo activo del trabajo de parto y monitorización electrónica.

¹⁰⁹ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea, *op. cit.*, p. 9.

10. Involucrar a la paciente, sus familiares y al equipo de salud en los programas de educación continua. Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del trabajo de parto.

11. En caso de que se requiera practicar una cesárea, el médico deberá realizar adecuadamente la nota de programación quirúrgica y contar con consentimiento informado firmado por la paciente, el médico y testigos como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM 004- SSA 3-2012 del expediente clínico.¹¹⁰

Con base en lo anterior, podemos reafirmar que en dicha guía no se establece un procedimiento, en caso de que se incumpla, ya que se trata de un documento que contiene un estudio basado en evidencias y que sólo arroja recomendaciones, por lo que pareciera que no es obligatoria para los médicos integrantes de los servicios médicos obstétricos en el país. Por ello, considero que aún hay trabajo por hacer por parte de nuestros legisladores, ya que dichos procedimientos y recomendaciones deberían estar enmarcados en normas jurídicas, para lograr que el contenido de la *“Guía de Práctica Clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea”*, sea de observancia obligatoria.

Jamás se debe perder de vista, que las normas jurídicas son obligatorias y coercitivas por su propia naturaleza, y el Estado es el encargado de hacerlas cumplir utilizando medidas disciplinarias. Esta es, para Narciso Sánchez Gómez, la mejor forma de mantener el orden, la paz, la tranquilidad, la seguridad, salubridad y asistencia pública. En otras palabras, es necesario enmarcar en normas jurídicas lo que sí se debe hacer y no tipificar como delito lo que no se debe hacer. En México, contamos con un marco legal que tiene sus cimientos en la Constitución Política Federal, y por ello, todas las leyes, reglamentos y demás disposiciones generales que se expidan, para regular las relaciones entre particulares o de estos con los poderes públicos, deben respetar el espíritu de nuestra ley suprema, para que haya armonía y congruencia con toda la legislación positiva observable en los tres niveles de gobierno.¹¹¹

¹¹⁰ *Ibidem*, varias páginas.

¹¹¹ Sánchez Gómez, Narciso, *op. cit.*, p. 198.

La legislación sanitaria tiene como función elemental la formación, desarrollo y protección de la persona desde los aspectos físico, mental y social, esto con el propósito de que toda persona desde que es concebida, hasta su muerte, tenga una vida digna. Para lograr este objetivo, los principios morales que dan sustento a la bioética, deben imperar sobre otros intereses como el económico, político y todos aquellos que discriminen o denigren la calidad de la vida humana, por ello, es indispensable tomar en consideración los contextos socioeconómicos y culturales de las personas; es aquí, donde cobran sentido las relaciones entre las normas jurídicas del Estado y los principios éticos; así como su enlace con las políticas públicas vigentes en un lugar y tiempo determinados, debiendo todos los sectores de la población poner la parte que les corresponde.¹¹²

Una legislación más adecuada, puede basarse en las diversas reuniones de trabajo en las que ha participado la Secretaría de Salud y el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, como la que se sostuvo el 17 de julio de 2015, misma que revisó y propuso estrategias para reducir la operación cesárea. Se fomenta la utilización de la *“Clasificación de Robson”*, la cual agrupa a cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades: paridad; comienzo del trabajo de parto (espontáneo o inducido); cesárea antes del comienzo del trabajo de parto; edad gestacional; presentación fetal (cabeza hacia arriba o hacia abajo, presentación cefálica o podálica) y situación transversa; y cantidad de fetos (único o múltiple).¹¹³

La Organización Mundial de la Salud prevé que el uso de la clasificación de Robson ayudará a los establecimientos de salud a mejorar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados en los distintos grupos de mujeres.¹¹⁴

¹¹² *Idem.*

¹¹³ <https://REDUCCIONOPERACIONCESAREA.ppsx>

¹¹⁴ *Idem.*

Además, en dicha reunión se sugirió formular estrategias institucionales para otorgar estímulos anuales a los médicos que en su práctica clínica tengan más partos naturales que cesáreas.¹¹⁵

Ahora bien, como podemos ver, México cuenta con diversas herramientas para poder evitar la práctica de cesáreas cuando esta resulta innecesaria, pero para que se logre el objetivo deseado, hace falta que estas prácticas sean realmente obligatorias para todo el personal médico del país, es decir, hace falta que se enmarque en normas jurídicas y no en simples recomendaciones.

Cabe destacar que no es necesario tipificar la violencia obstétrica como delito, si no únicamente hacer valer las sanciones administrativas con que cuenta cada institución con el fin de que los profesionales de la salud se vean obligados a asumir las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica existentes o en las 56 recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud en materia de cuidados durante el parto.¹¹⁶

Es más barato para el Estado prevenir que pagar las consecuencias de las deficiencias e irregularidades que existen en la legislación. El costo a futuro podría ser demasiado alto.

Esto lo digo, pues existen procedimientos jurídicos capaces de combatir actos violatorios de derechos humanos, así como procedimientos conciliatorios y otro más sancionador de todo acto que entrañe negligencia médica, los cuales se enlistan a continuación.

A. Arbitraje Médico.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de

¹¹⁵ *Idem.*

¹¹⁶ “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar”, *op. cit.*, pp. 4 - 8.

junio de 1996, a través de la cual se tutela el derecho a la protección de la salud con lo que se contribuye a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.¹¹⁷

A través de ella se pueden resolver de forma amigable y de buena fe los conflictos entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos. Se promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores y la ética en la relación médico - paciente.¹¹⁸

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. Lo que se busca es solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos.¹¹⁹

Si la CONAMED es designada como árbitro, ambas partes deberán conocer los términos de los compromisos que resulten del proceso, al término del arbitraje, se emite un laudo o fallo, que no es una resolución de carácter judicial por no ser la CONAMED autoridad judicial, pero otorga al asunto el carácter de cosa juzgada, entonces para que resulte ejecutable, debe ser presentado ante el juez civil correspondiente y ante su incumplimiento sólo ante esta autoridad judicial procede su ejecución. Si por el contrario, el laudo establece que no hay responsabilidad del prestador de servicios médicos, el usuario ya no podrá demandar ante los órganos judiciales.¹²⁰

B. La Comisión Nacional de Derechos Humanos.

¹¹⁷“Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud”, p. 3, www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf

¹¹⁸ *Idem.*

¹¹⁹ *Idem.*

¹²⁰ *Ibidem*, p. 10.

Tiene su inspiración en el ombudsman, de origen sueco, conocido como defensor de los derechos del pueblo. Es una institución pública de control y defensa de los derechos humanos, ya que mediante su intervención se puede restablecer un derecho violado de los particulares por un acto de autoridad o simplemente ayuda a enderezar la actuación de las autoridades por la senda de la legalidad y eficacia.¹²¹

Es receptora de quejas y vigila el buen proceder de los Poderes Ejecutivo y Legislativo, con excepción del judicial, es receptora de información, realiza una tarea de investigación, emite recomendaciones y hace públicas ciertas exigencias legales, cuando se controvierta nuestro marco constitucional y legal ordinario.¹²²

Conforme a su naturaleza jurídica, puede describirse como un organismo autónomo, cuyo titular es designado por el Poder Legislativo Federal y de las entidades federativas, en donde también predomina la sugerencia del ejecutivo, con el objeto de fiscalizar las funciones de la Administración Pública, emitiendo recomendaciones no obligatorias a las autoridades respectivas, con el objeto de lograr la reparación de los derechos humanos violados.¹²³

C. Juicio Contencioso Administrativo.

Procede cuando la resolución recaída a un recurso administrativo, no satisfaga el interés jurídico del recurrente. Si éste la controvierte en el juicio contencioso administrativo federal, se entenderá que simultáneamente impugna la resolución recurrida en la parte que continúa afectándolo, pudiendo hacer valer nuevos conceptos de impugnación no planteados en el recurso.¹²⁴

¹²¹ Sánchez Gómez, Narciso, *op. cit.*, pp. 168 y 169.

¹²² *Ibidem*, p. 169.

¹²³ *Idem*.

¹²⁴ Artículo 1 de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo. <http://diputados.gob.mx>

Es procedente en caso de negligencia médica. Tal y como lo señala la tesis aislada **ACCESO A LA SALUD. CORRESPONDE AL ESTADO PROTEGER ESE DERECHO HUMANO Y, POR TANTO, AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL INCUMBE LA CARGA DE PROBAR EN EL JUICIO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO EN EL QUE SE LE DEMANDE UNA NEGLIGENTE ATENCIÓN MÉDICA, QUE SU PERSONAL MÉDICO OTORGÓ AL PACIENTE LA ADECUADA A SU PADECIMIENTO**. En ella se establece que corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, en su calidad de parte demandada en el juicio contencioso administrativo, la carga de probar que su personal médico otorgó al paciente una atención médica que correspondía al caso que se les presentaba.¹²⁵

Ahora bien, aún y cuando existen medio para la defensa de los derechos humanos y procedimientos donde se pueda reparar la violación a los mismos, lo cierto es que es preferible evitar que se violen dichos derechos y dejar para casos extraordinarios los juicios o conciliaciones que traen aparejada la destitución del profesional médico de su cargo o la inhabilitación para ejercer su profesión. Lo que se busca es evitar las violaciones a derechos humanos, antes que tenerlas que llevar a juicio.

D. El juicio de Amparo.

Es un medio de defensa legal extraordinario, que se inicia a instancia de parte agraviada ante un organismo jurisdiccional federal, esto es, ante los Tribunales Judiciales de la Federación, cuando un acto o resolución de los poderes de cualquier ámbito de gobierno quebranta los derechos humanos previstos en la Constitución Política Federal.¹²⁶

Es un medio de control directo de la constitucionalidad y legalidad de los actos del Estado y que obliga a las autoridades gubernamentales a no apartarse del texto expreso de la Ley Suprema y de las demás disposiciones nacidas de la misma (leyes, reglamentos, decretos, y acuerdos); por

¹²⁵ Tesis XXI/2016, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, t. IV, octubre de 2016, p. 2725.

¹²⁶ Sánchez Gómez, Narciso, *op. cit.*, p. 168.

ende, procede contra leyes, resoluciones, actos y procedimientos que lesionen los derechos subjetivos del gobernado, no reparables mediante un medio de defensa ordinario, y cuyo objeto, es restituirle al quejoso sus derechos conculcados.¹²⁷

Su soporte jurídico lo encontramos en los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en su ley reglamentaria, que es la Ley de Amparo, en donde encontramos los casos de procedencia del mismo, ya sea ante los Juzgados de Distrito, o bien, ante los Tribunales Colegiados de Circuito. Para conocer sus formalidades deben consultarse dichas normas.¹²⁸

Recordemos que el Juicio de Amparo, únicamente procede contra actos de autoridad, por lo que de encontrarnos en el caso de que la violencia obstétrica sea cometida por un médico particular, se estaría frente un asunto que compete a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Así pues, el amparo es eficaz como la última instancia a través de la cual podría solicitarse la restitución del derecho humano vulnerado derivado de la violencia obstétrica con la intención de que se repare el daño causado, procederá después de agotar todos los medios ordinarios jurisdiccionales o administrativos ya sea estatales o federales que correspondan.

En casos de emergencia, se puede presentar un amparo cuando la madre sienta en peligro su vida o la de su bebé porque se les esté negando la atención médica.

Ahora bien, una vez analizados los medios de defensa con que se cuenta, es preciso establecer que como parte de la campaña que se desea realizar es necesario que todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, hagan públicos sus resultados en la atención al parto, especificando cuántos partos acaban en cesárea y qué porcentaje de complicaciones severas han encontrado y cómo las han resuelto. Esto abrirá mucho el panorama para la nueva ola de

¹²⁷ *Idem.*

¹²⁸ *Idem.*

usuarias que demandan ser protagonistas de sus cuidados, pues podrán analizar dónde y con quién conviene más dar seguimiento a sus embarazos y atender sus partos.

2. Desarrollar a través de la Secretaría de Salud, una guía de práctica clínica basada en los cuidados psicológicos y emocionales de las pacientes y de los profesionales que atienden el parto.

Es importante desarrollar una guía en la que se determine que la principal tarea de los que atienden el parto deberá ser cuidar el estado psíquico materno como manera de prevenir eficazmente las complicaciones.¹²⁹ Si quienes acompañan el parto se encuentran tranquilos, seguros, confiados y capacitados, lo más probable es que induzcan en sus pacientes ese mismo estado mental. Es importante cambiar el chip y entender que el parto no es peligroso, sí es difícil, es un trabajo duro, pero que con el acompañamiento adecuado y el establecimiento de una relación de verdadera escucha, puede llegar a producir una sensación de logro y empoderamiento. “Así visto, resulta bonito, sentirse poderosa tras dar a luz sería un buen indicio de que el parto ha sido normal”.¹³⁰

Para lograr un acompañamiento adecuado es importante también cuidar a nuestro personal médico y además capacitarlos en la formación de habilidades técnicas para afrontar los aspectos psicológicos y emocionales del parto. A muchos obstetras ni siquiera se les han enseñado habilidades básicas de comunicación clínica en sus estudios de medicina. Durante la residencia los aspectos psicológicos brillan por su ausencia, por ello es importante fomentar a través de una guía el cuidado al estado psíquico de los profesionales de la salud para que puedan entender cómo sus emociones y muy especialmente el miedo, influyen en la mujer que esta de parto.¹³¹

¹²⁹ Olza, Ibone, *op. cit.*, p. 145.

¹³⁰ *Ibidem*, p. 27.

¹³¹ *Ibidem*, pp. 156 y 157.

Como anteriormente se dijo, a estas alturas es importante reparar el daño que muchos obstetras han sufrido, pues sin duda muchos de ellos han sido testigos de violencia obstétrica durante su formación, a muchos también se les ha enseñado a ejercerla o a ser cómplices de la misma y muchos tantos se han sentido obligados y presionados para ejercer prácticas violentas en el paritorio.¹³²

Con base en lo anterior, es necesario como parte de esta campaña motivar a la Secretaría de Salud a cuidar a sus profesionales y muy especialmente su salud emocional y psíquica. “Hay que crear espacios de sanación y permitir o facilitar que los profesionales expresen su dolor y puedan hablar de cómo se han sentido en el desarrollo de su trabajo, compartiendo sus experiencia y buscando conjuntamente la prevención y sanación de las secuelas para poder comenzar a cerrar el círculo vicioso y poner fin a la violencia en el parto”.¹³³

3. Capacitar al personal de los servicios de salud para que brinde un servicio profesional ético de manera que no proporcione tratamiento patológico a todos los partos, pues el día de hoy los partos intervenidos no son la excepción, son la regla.

Cuando hablamos de capacitación, no solamente se hace referencia a los conocimientos y habilidades médicas que los profesionales de la salud deben adquirir en las instituciones dedicadas a la enseñanza de la medicina, sino también a la capacitación ética, que toda persona encargada del cuidado de la salud de un ser humano debe tener.

Se puede lograr un cambio importante si se impulsa la creación de normas que obliguen al personal médico a fundar sus actuaciones en sentido ético y profesional. Profundizando en el estudio de la bioética.

¹³² Berdún, Lola Ruiz y Olza, Ibone, “Encuesta sobre V.O. para profesionales. Encuesta piloto realizada en 2014, consistente en un cuestionario online, autoadministrable con 11 items, que respondieron 74 profesionales de forma anónima”, en Olza, Ibone (comp.), *Parir, El poder del parto*, España, Ediciones B, 2017, p. 158.

¹³³ *Ibidem*, p. 162.

En principio, la ética trata de definir los valores humanos más importantes: el bien y el mal.¹³⁴

“Algunas escuelas sugieren que los principios éticos son inmanentes y eternos en tanto otras señalan que se modifican de acuerdo con distintos factores económicos, políticos y culturales.”¹³⁵

Se debe procurar que la atención médica otorgada tenga la mejor calidad posible, de acuerdo con los elementos al alcance del personal médico, independientemente de ideas políticas, culturales, religiosas o antecedentes personales del paciente. Ahora bien, la mejor calidad de la atención médica debe inculcarse a los prestadores de servicios médicos desde su formación pregrado y continuarla hasta el posgrado, proveyéndoles medicina basada en evidencias, normas técnicas y protocolos, además deben disponer de una adecuada dotación tecnológica como instalaciones, equipos, insumos y medicamentos, para que su quehacer no se encuentre limitado por falta de aspectos éticos o de insumos.¹³⁶

Las normas oficiales presentan lineamientos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y otros quehaceres médicos, que mejoran la atención médica. Se refieren a la información, requisitos, especificaciones y metodología que deben cumplir los productos y servicios que se distribuyen en el país.¹³⁷ Son leyes, cuyo cumplimiento es obligatorio, pero es necesaria una norma que encuadre la obligación del quehacer médico en sentido ético en el parto.

¹³⁴Pérez Fernández del Castillo, Bernardo, “Deontología jurídica, Ética del abogado y del servidor público”, en Arriaga, Raúl Miguel y Arriaga Héctor Raúl (comp.), *Nociones de legislación en salud y enfermería*, México, Editorial Porrúa, 2014, p. 7.

¹³⁵ Sánchez, David y Torres, Gloria, *Aspectos Éticos y Legales de la Medicina*, México, UAM, Departamento de Atención a la Salud, 2002, p. 11.

¹³⁶ *Idem*.

¹³⁷ Arriaga, Raúl Miguel y Arriaga Héctor Raúl, *Nociones de legislación en salud y enfermería*, México, Editorial Porrúa, 2014, p. 68.

“Conviene resaltar que la aceptación generalizada de determinadas normas éticas de conducta puede llegar a convertirlas en normas jurídicas, a través de procedimientos institucionalizados previamente”.¹³⁸

“La bioética, tiene su soporte en los anotados principios que constituyen la razón de ser de los derechos humanos; por eso, la bioética, es una disciplina que encierra un cambio de comportamiento y cultura entre los profesionales de la medicina y nos da reglas sobre la forma de aplicar los conocimientos en el tratamiento, cuidado y preservación de la vida de los seres humanos; siendo connotados lo derechos de los enfermos, moribundos, eutanasia, donación de órganos, trasplantes, investigaciones clínicas y de otra especie.”¹³⁹

Como hemos visto en capítulos anteriores, en los ámbitos nacional e internacional, ya se cuenta con una vasta legislación protectora de los derechos humanos, con relevantes precedentes históricos, no obstante, en el tema de bioética existen lagunas, imprecisiones y rezagos normativos, los que es urgente subsanar, para darle su debida eficacia y justa dimensión a esta rama del conocimiento. Se trata de una exigencia lógica, que es producto de los avances de la ciencia y la tecnología aplicadas a la biomedicina.¹⁴⁰

Las relaciones entre el derecho, bioética y la medicina, cada vez son más patentes, porque las normas jurídicas dictadas por el Estado, constituyen el hilo conductor de las relaciones entre gobernantes y gobernados; son el soporte básico de la vida en sociedad, para que haya armonía, tranquilidad, paz, orden, seguridad y salubridad pública; el respeto de los derechos de cada quien; preservando la integridad física y moral, el derecho de propiedad y las diversas garantías individuales, sociales y políticas que detentamos.¹⁴¹

¹³⁸ Casado, María, “Una Bioética para el siglo XXI: De pacientes a ciudadanos”, en Sánchez, Narciso (comp.), *Derechos Humanos, Bioética y Biotecnología*, Editorial Porrúa, México, 2009, p. 188.

¹³⁹ Sánchez Gómez, Narciso, *op. cit.*, p. 185.

¹⁴⁰ *Idem.*

¹⁴¹ *Idem.*

Aplicada al campo de la medicina, la ética se transforma en bioética, es decir, al ser ésta una consecuencia del desarrollo de la biotecnología aplicada a los campos de la medicina y de otras acciones productivas, sufre esta modificación conceptual; el ejercicio práctico de las actividades de los profesionales de la salud, se trata de una reflexión ética sobre cómo deben hacerse estudios, tratamientos y cuidados de los enfermos; esta nueva disciplina, tiene como finalidad emitir juicios que califiquen los actos humanos vinculados con las referidas tareas, para alcanzar una convicción valorativa, si han sido justos o injustos, eficaces o ineficaces, si son o no congruentes con el desarrollo y preservación de la salud humana. En ello, los principales actores son los médicos, cuyo ejercicio profesional se despliega interviniendo sobre el cuerpo humano, y cuya ética, los orienta a intervenir a favor de la preservación y mejoramiento de la calidad de vida.¹⁴²

Además, para lograr un trato humanizado en el parto es necesario que el personal médico conozca los principios fundamentales de la bioética, los cuales se basan en la naturaleza común del género humano como producto de la reflexión ética aplicada a la medicina y que nos permiten alcanzar convicciones sobre sus efectos, si son o no atentatorios de la dignidad humana, para que legalmente se determine si deben estar permitidos, tolerados o prohibidos, pues ante todo se debe evitar degradar a la mujer al momento del parto¹⁴³, es por eso que los estudiosos de este tema destacan los siguientes principios propios de la bioética:

- a) Principio de autonomía. Se considera autónoma a la persona con capacidad para obrar, facultada para enjuiciar razonablemente el alcance y significado de sus actuaciones y responder de sus consecuencias. La autonomía implica responsabilidad y representa un derecho irrenunciable, derecho que también tienen las madres al momento del parto.

¹⁴² *Ibidem*, p. 191.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 192.

- b) Principio de no maleficencia. Obliga a no perjudicar a los demás, debe observarse por razones de justicia en todos los ámbitos de la sociedad, especialmente en el biosanitario.
- c) Principio de beneficencia. Lo constituye el deber puesto por la tradición médica, consistente en favorecer siempre la salud de otros.
- d) Principio de justicia deber prima facie. Se refiere a que el acceso a los servicios de salud y atención médica deben ser equitativos sobre todo para los que tienen los mismo derechos o garantías médico- asistenciales.¹⁴⁴

Una vez enlazando el contenido de los referidos principios, vemos que la bioética es una ciencia que hace reflexionar a la especie humana para emprender acciones que privilegien la razón de ser de la vida y la salud de todo individuo, tomando como aspecto fundamental las relaciones que se dan entre los médicos y sus pacientes.¹⁴⁵

Esta disciplina ha venido proponiéndole al médico que convierta su quehacer clínico y profesional en una realidad ética de la biomedicina; en la medida que el hombre se hace más ético, en esa misma disyuntiva sus acciones se fortalecen, por eso, es indispensable que la medicina y la ética siempre estén unidas, para vencer los vacíos e incongruencias existentes entre el avance de la medicina y el deber ser de la naturaleza humana; pues la bioética es la ciencia que enseña a la especie humana a conocer y entender cuál es el sentido de la vida para que llegue a su plenitud y a un feliz término.¹⁴⁶

En este sentido, una vez que las practicas éticas de conducta sean aceptadas y en consecuencia elevadas a nivel de norma jurídica, el desarrollo del embarazo, parto y puerperio, serán vistos como un proceso natural del cuerpo humano y no se le dará tratamiento patológico a cada

¹⁴⁴ *Ibidem*, pp. 218 y 219.

¹⁴⁵ *Ibidem*, pp. 193 y 194.

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 194.

nacimiento, sino que viéndolo desde la perspectiva humana, la consecuencia será la disminución en la práctica de la operación cesárea.

4. Educar a la población sobre sexualidad, embarazo, parto y puerperio, nos permitirá tener una relación en sentido horizontal con el médico, donde haya diálogo y no sólo indicaciones o instrucciones por parte de él, lo que provocará un cambio cultural en la sociedad apoyándonos en las políticas públicas. ¹⁴⁷

La solución a diversos problemas sociales es sin duda la educación. Si la población está informada, menos derechos humanos se violentarán.

Por ello, el Estado debe garantizar el derecho a la información, pues con ello se logra alertar a la sociedad sobre temas específicos y se obliga a las diversas autoridades pertenecientes a nuestro sistema jurídico a no excederse en el ejercicio de sus funciones.

Frente a lo obligado por una norma jurídica encontramos siempre a una persona facultada para exigir el cumplimiento de la misma, en esto último estriba el derecho subjetivo, pero para poder exigir un trato digno y respetuoso, basado en los principios bioéticos, es necesario conocer los derechos que como pacientes nos asisten.

Si estamos pidiendo que los servicios de salud sean obligados a actuar conforme a las normas que dictan la bioética, es importante que como ciudadanía, estemos obligados a informarnos en los mismos términos.

Actualmente existen muchas campañas para hacer que la población participe en temas sobre salud, sin embargo, a veces, ésta no está preparada para recibir los datos que gratuitamente se proporcionan. En otras palabras, se desdeña la información que gratuitamente se comparte.

¹⁴⁷ Propuesta sugerida por Elvia Josefina Ruiz Amaro. Abogada investigadora de derecho sanitario.

Debemos hacer un esfuerzo por conocer más, por lo que la Secretaría de Salud, a través de sus áreas específicas debe realizar las tareas necesarias para que sus pacientes se encuentren informadas sobre todos los temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, y la atención médica que se debe recibir en estos casos.

Se deben impartir cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, y de conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, así como de las Guías de Práctica Clínica emitidas por el Consejo de Salubridad General, con el objetivo de evitar que se continúe practicando cesáreas cuando las condiciones son favorables para un parto natural.

Lo que ha provocado la desinformación es que no exista demanda de servicios médicos éticos y de calidad, y por ello se abuse de este tipo de prácticas, pero cuando la información es oportuna, desaparece el paternalismo médico y se logra el respeto a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, pues las pacientes son interlocutores válidos capaces de exigir el respeto de sus derechos.

5. Recalcar la importancia del consentimiento informado.

Dicha campaña deberá hacer énfasis en el derecho a la información, en el sentido de que el médico tratante deberá siempre estar en contacto directo con la paciente, manifestando las razones de su proceder, incluso haciendo uso de una segunda opinión y todo lo que resulte necesario para que la paciente sea un interlocutor activo en el momento del parto.

Establecer las diferencias que para los derechos humanos existen entre la autorización establecida en el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el consentimiento informado de que habla la *NOM-007-SSA2-2016*.

El consentimiento informado es una herramienta indispensable si tratamos de salvaguardar los derechos humanos de las mujeres durante el parto. Incluir a la mujer en los procedimientos

médicos que se realizan en su cuerpo hará que la toma de decisiones no sean violentas y por tanto la experiencia de parto mucho más satisfactoria.

6. Integrar al sistema nacional de salud a las parteras y doulas como profesionales al alcance de toda mujer que requiera sus servicios, no únicamente en zonas rurales sino también urbanizadas del país.

Tomando en consideración que en México nacen alrededor de 2,200,000 niños al año, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía¹⁴⁸, bien valdría la pena invertir en la profesionalización de las parteras para que se encuentren presentes en todas las instituciones de salud y coadyuven con los médicos obstetras en los partos humanizados; sería muy satisfactorio que todas las mujeres pudieran tener acceso no sólo a un obstetra, sino también y en forma conjunta a un profesional cuya experiencia pueda orientarla y así coadyuvar con el personal médico en pro de los partos donde no se violenten derechos humanos.

No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones innecesarias.

Esta propuesta lejos de ser retrógrada, suena enriquecedora, pues por un lado, debemos tener en cuenta que ha funcionado en países desarrollados y por el otro, considero que no está de más contar con el apoyo de este tipo de profesionales, por lo que me atrevería a pensar que podría funcionar en nuestro país. Sin embargo, dada la opinión de algunas mujeres que entrevisté y cuya opinión se encuentra contenida en el anexo 1 del presente trabajo para conocer su experiencia con los servicios médicos en nuestro país al momento de dar a luz, manifestaron que no dejarían en manos de una partera el seguimiento de su embarazo y parto a

¹⁴⁸ “Información sobre el volumen y distribución geográfica de los nacimientos registrados en el país, así como su estructura por sexo y las características de la madre. Asimismo, se incluyen indicadores que dan cuenta de la fecundidad y el uso de anticonceptivos”, 2017, <http://Inegi.org.mx>

menos que fueran como las parteras de Estados Unidos, quienes hacen todo lo posible porque se logre un parto natural y se encuentran plenamente capacitadas.¹⁴⁹

Al integrar al Sistema de Salud Mexicano a las parteras tendremos instituciones más especializadas y podríamos estar más cerca de garantizar una atención médica donde la mayoría de las pacientes dieran una referencia positiva y satisfactoria.

De igual forma, valdría la pena integrar a las doulas al momento de parto. Las doulas son mujeres especializadas en brindar ese acompañamiento emocional durante el embarazo y muy especialmente en el parto. “Parir bien acompañada es clave. El miedo bloquea, detiene y complica el parto. El derecho a estar bien acompañada en el parto es básico.”¹⁵⁰ “La necesidad de apoyo emocional durante el parto es universal. Este apoyo continuo disminuye la necesidad de medicación para el dolor”.¹⁵¹

La Cochrane¹⁵² recoge la evidencia científica al respecto y señala que la tarea de las doulas al ofrecer ese apoyo emocional continuado produce enormes beneficios sin que se haya demostrado ningún efecto adverso. En su informe se concluye que “el apoyo continuo en el

¹⁴⁹ Con el propósito de orientar y reafirmar las conclusiones plasmadas en el presente trabajo, entrevisté a una persona de nacionalidad mexicana, cuyos hijos nacieron en el Reino Unido en los años de 2017 y 2019, su experiencia en la atención del parto resulta tan interesante como la de otras 5 mujeres de nacionalidad mexicana cuyos hijos nacieron en México del año 2001 a 2017, tanto en instituciones públicas como privadas. Entiendo que no es posible tomar estas entrevistas como un dato estadístico, debido a que la muestra es insuficiente; sin embargo, la información que arrojan las mismas es útil en la medida en que aportan datos interesantes para analizar el caso de violencia obstétrica en México, cuando de cesáreas innecesarias se trata. Es decir, lo relevante no son los datos cuantitativos, sino los aspectos cualitativos que se observan en cada caso. **Anexo 1**, p. 93, del presente trabajo.

¹⁵⁰ Olza, Ibone, *op. cit.*, 172.

¹⁵¹ Buckley, S. J, “Executive summary of hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies and maternity care”, en Olza, Ibone (comp.), *Parir, El Poder del Parto*, España, Ediciones B, p. 173.

¹⁵² Es una organización sin ánimo de lucro que reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la salud de más de 11,500 voluntarios en más de 90 países que aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud. <https://www.cochranelibrary.com>

parto por parte de una persona que no pertenece al entorno familiar o social de la mujer, que tiene experiencia en ofrecer apoyo y una formación modesta y mínima, parece ser lo más beneficioso”.¹⁵³

Dada la neurobiología del parto, las parturientas necesitan sentirse seguras, además las mujeres que están de parto tienen la necesidad de saber qué está pasando, cómo avanza el parto y que su pareja este presente. Cuando esto sucede, las mujeres se sienten fuertes y no tienen miedo. La comprensión y la empatía, sentirse cuidadas y acompañadas, son necesidades primordiales para parir bien.¹⁵⁴

Considero que si unimos fuerzas y existe un proceso de retroalimentación entre el Estado, los prestadores de servicios de salud y las usuarias, podremos corregir las deficiencias existentes en la atención al parto. Somos una sociedad en vías de desarrollo, por lo que creo que estamos preparados para brindar experiencias de parto plenas y mucho más satisfactorias.

¹⁵³ Hodnett, K., *et al.*, “Continuous support for women during childbirth”, en Olza, Ibone (comp.), *Parir, El Poder del Parto*, España, Ediciones B, p. 173.

¹⁵⁴ Olza, Ibone, *op. cit.* pp. 148 y 149.

VII. EJERCICIO DE DERECHO COMPARADO ENTRE LAS NORMAS QUE REGULAN LA ATENCIÓN AL PARTO EN MÉXICO, GUATEMALA Y REINO UNIDO.

Con el propósito de conocer la atención médica que se brinda al momento del parto en México, inicié un estudio sobre las normas con las que contamos en nuestro país que protejan a la mujer contra prácticas invasivas innecesarias como es la cesárea. Este estudio despertó mi curiosidad sobre cómo se regula la atención a la mujer en países más desarrollados, como Reino Unido, pues al observar las estadísticas que arrojan estudios de la Organización Mundial de la Salud, podemos ver que se acerca mucho más que nosotros al porcentaje de cesáreas recomendadas por el citado organismo.

Me parece que vale la pena realizar un ejercicio de derecho comparado entre estos dos sistemas jurídicos, para de esta forma reconocer áreas de oportunidad en las que México pueda trabajar para lograr erradicar los actos que se configuran como violencia obstétrica y conseguir que las prácticas llevadas a cabo durante el parto se apeguen mucho más a los principios que dictan los derechos humanos reconocidos por nuestro país.

Previo a seleccionar el sistema jurídico inglés, analicé la incidencia de la intervención quirúrgica denominada cesárea en diferentes países del mundo y encontré que *The Lancet Global Health*, a través de un segundo análisis sobre salud materno - infantil realizado en 2015, en el que se involucró a 287 establecimientos médicos de 21 países, concluyó que la tasa de cesárea aumentó en general entre la primera y la segunda encuesta del 26.4% al 31.2% y a través se concluyó que las mujeres que previamente han tenido una cesárea son un determinante cada vez más importante de las tasas generales de cesárea en países con un índice de desarrollo humano moderado o bajo. En este estudio se estableció que una de las estrategias para reducir la frecuencia del procedimiento debe incluir evitar la cesárea primaria médicamente innecesaria. Deben seleccionarse mejor los casos en que se induce el parto y la cesárea previa al trabajo de parto.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Vogel, JP, *et al*, *op. cit.*

Dicha encuesta deja ver que los países con mediano índice de desarrollo son los que más abusan de esta práctica, mientras que los países más desarrollados han implementado acciones para evitar que el porcentaje de cesáreas continúe elevándose. El caso de los países con bajo desarrollo es claro, la tasa de nacimientos por cesáreas es mínimo debido a que la población no cuenta con establecimientos médicos suficientes donde los partos puedan ser intervenidos. Tal es el caso de Chad, (África Central) cuyo porcentaje de nacimientos por cesáreas asciende a 1.5%, el Congo, con 5.8% y Haití, con 5.5%.¹⁵⁶

Me ha llamado la atención el caso de los países con alto índice de desarrollo, a los cuales les es difícil contener la práctica de la cesárea debido a que son poblaciones poco fértiles, quienes en muchos de los casos recurren a métodos de reproducción asistida, los cuales tienen como consecuencia embarazos con productos múltiples, cuyos partos deben ser atendidos, según la clasificación Robson, únicamente a través de cesárea, debido al riesgo que implica para la madre y sus hijos el realizar un parto en forma natural.¹⁵⁷

No obstante lo anterior cuentan con condiciones más especiales para dar a luz, que las que tenemos aquí en México para atender el parto, lo cual les ha permitido no alejarse mucho de los porcentajes de cesáreas recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Por ejemplo, en Canadá, el porcentaje de cesáreas asciende a 27.1%, en Reino Unido asciende al 24.1%, Francia cuenta con el 21%, Japón tiene el 19.2%, Países Bajos cuentan con el 15.6%. y de ahí, las versiones más rescatables de América Latina que son Guatemala, quienes únicamente realizan dicha práctica al 16.3% y Honduras, quienes cuentan con un 18.6%.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Supporting information. S1 File. Data and Sources. "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", *op. cit.*, diversas páginas.

¹⁵⁷ Sánchez Sánchez, María, "¿Porqué últimamente hay gemelos por todas partes?", El País, 2017, https://elpais.com/elpais/2017/02/21/buenavida/1487685130_559611.html.com

¹⁵⁸ Supporting information. S1 File. Data and Sources. "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014", *op., cit.* diversas páginas.

Dados los datos anteriormente señalados, llama mi atención que según la encuesta de la Organización Mundial de la Salud practicada en 2015, en México el 45.2 % de los nacimientos son por cesárea.¹⁵⁹

Profundizando un poco en el caso de Guatemala, podemos decir que éste es un país multicultural, en donde el 41% de la población es de origen indígena, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de este país, ha implementado modelos de atención pertinentes a la cultura de los cuatro pueblos que coexisten en este país: Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo, teniendo como objetivo principal la disminución de la Mortalidad Materna.¹⁶⁰

Dentro de las políticas de salud, se está implementando un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención equitativa descentralizada, con calidez, calidad, dignidad, humanismo y pertinencia cultural; asimismo, reconoce y fomenta el uso y práctica de la medicina tradicional y alternativa al grado de lograr su institucionalización.¹⁶¹

Dentro de las políticas de salud se encuentra la *Ley de la Maternidad Saludable, Decreto 32-2010*. Teniendo como objetivo garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna.¹⁶²

En Guatemala, aún existen muchas regiones donde la mayoría de los partos no son atendidos en instituciones médicas, por citar un ejemplo, en San Marcos el 82% de los partos ocurren en la comunidad (52% atendidos por comadrona tradicional capacitada y 30% por personal empírico, que incluye a comadronas no capacitadas, familiares y por la misma parturienta);

¹⁵⁹ *Idem.*

¹⁶⁰ Normas con Pertinencia Cultural, hacia la interculturalidad. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Guatemala, 2011, p. 1.

¹⁶¹ Winter, Irwin, *et al.*, "Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal médico sobre parto vertical". Guatemala, octubre, 2015, p.32 y 33.

¹⁶² *Ibidem*, p. 1.

aproximadamente el 10% de las muertes maternas ocurren en las instituciones que atienden partos.¹⁶³

Por esta razón es que pueden mantener los índices de nacimientos por cesárea al mínimo, ya que la mayoría de la población recurre a la medicina tradicional para la atención del parto y los servicios de salud no cuentan con la confianza de los pueblos, por lo que el acceso a la salud no se encuentra del todo garantizado por el Estado.

La presencia de la medicina indígena en la cultura de los pueblos es genuina, legítima y dinámica; para la población guatemalteca, constituyen los mejores sistemas para la prevención, atención y restablecimiento de su salud, por ser parte de su cultura, ya que comprenden sus formas percibir la vida.¹⁶⁴

En Guatemala existe un documento denominado Normas con pertinencia cultural, que comprende un conjunto de acciones integradas y continuas, orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud y con esto se pretende que los servicios de salud se adapten, de forma que respondan a la cultura de los pueblos indígenas.¹⁶⁵

En ellos se integra a los actores de salud indígena como son la *lyom* (abuela comadrona o partera) con todos sus elementos y símbolos que las representan, los prestadores de servicios de salud pueden utilizar su vestimenta indígena, deben brindar la atención médica a las pacientes en su idioma materno, existe la libre elección de las mujeres a guardar la posición de su elección al momento del parto, se regula el acompañamiento de un familiar o terapeuta indígena, el procedimiento debe ser acorde a la cultura, se debe entregar la placenta a la

¹⁶³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Intervenciones identificadas por los equipos de los Distritos de Salud que Contribuyeron al mejoramiento de la calidad de salud materno-neonatal”, Calidad de Salud Guatemala, noviembre, 2008.

¹⁶⁴ Normas con Pertinencia Cultural, hacia la interculturalidad, *op. cit.*, p. 6.

¹⁶⁵ <https://www.mspas.gob.gt/NormasPertinenciaCulturalenServiciosdeSalud.pdf>

paciente, ya que la misma es incinerada y depositada bajo un árbol recto, lo que garantiza una vida saludable y bien dirigida del recién nacido, se puede adecuar la dieta de la paciente según su cultura, incluso, se pueden suministrar tés generadores de leche materna, según la cultura debe adecuarse la temperatura, colores, orientación de las camas, (la cabeza debe estar orientada hacia donde sale el sol y no hacia donde se mete), debe haber amplitud en los cuartos de parto. Los niños no son resguardados en cuneros, sino en hamacas, pues ello favorece el sueño y su tranquilidad al simular la posición que guardaban en el vientre materno.¹⁶⁶

Todo lo anterior nos lleva a concluir que Guatemala es uno de los países latinoamericanos cuya tasa de cesárea es muy baja debido a que recurren a la medicina tradicional indígena y no a los servicios de salud. La mayoría de las madres son atendidas por parteras o comadronas y no por personal médico capacitado en ginecología y obstetricia.

Por otro lado, el Reino Unido también es un referente interesante, ya que hace más de 20 años la situación de los servicios de atención al parto no estaba muy apegados a las recomendaciones de la OMS. Sin embargo, un proyecto de cambio emprendido por el Estado no sólo modificó radicalmente las prácticas en los hospitales, sino que transformó también la cultura del parto apoyándose en los medios de comunicación. Esta fuerte campaña se realizó en 1993 con el nombre *Changing childbirth* (Cambiando el nacimiento).¹⁶⁷

Considero interesante analizar a profundidad el sistema jurídico de Reino Unido para el presente análisis debido a que en algún punto en el pasado, previo a 1993, las condiciones que se vivían sobre la atención del parto en aquel país eran semejantes a las que ahora vivimos en México y desde ese punto se reorganizó el sistema y se logró dar de baja las malas prácticas y encaminarlas a lograr un parto digno, humanizado y acorde a las normas que promueven el respeto a los derechos humanos.

¹⁶⁶ Normas con Pertinencia Cultural, hacia la interculturalidad, *op. cit.*, varias páginas.

¹⁶⁷ Hicks C, Spurgeon P, Barwell F, “*Changing Childbirth: a pilot Project*”, School of Health Sciences, The University of Birmingham, Birmingham B15 2TT, UK. <http://c.m.hicks@bham.ac.uk>

Pienso que en México, tenemos una cultura un poco más apegada a la tradición occidental y ya no tanto a nuestras raíces indígenas, como en Guatemala, es también por ello que he decidido enfocar mi estudio en las políticas que rigen el sistema jurídico en Reino Unido, para ver si existe algo que podamos sumar al nuestro, para hacer las cosas mejor.

Ahora bien, en la campaña denominada *Changing childbirth*, se estableció que para apegarse a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, era necesario realizar un trabajo conjunto entre los creadores de políticas (leyes), los profesionales (personal médico) y los usuarios del sistema sanitario de maternidad.

En México, contamos con la NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la Persona Recién Nacida. Misma que fue instituida desde 1993, pero que ha sufrido adiciones a lo largo del tiempo.¹⁶⁸

Ésta tiene como objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante los tres momentos antes referidos. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres y sus recién nacidos.¹⁶⁹

La misma establece qué debe entenderse por calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtengan los mayores beneficios acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y un trato respetuoso acorde a los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios y tiempo de espera.

Además, define al consentimiento informado, el cual “es un proceso continuo y gradual que se

¹⁶⁸ www.dof.gob.mx

¹⁶⁹ Puntos 1.1, 3.5, 5.5.1, 5.5.3, 5.5.15, 5.5.20.5, 5.5.20.6 de la NOM-007-SSA-2016.

da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por la paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos¹⁷⁰ o de investigación una vez que sea haya recibido información de los riesgos y beneficios esperados”.¹⁷¹

Una de las disposiciones generales con que cuenta la norma es que “la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución”. Además hace hincapié en que “todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”.¹⁷²

En el capítulo de Atención del Parto, establece que en todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas¹⁷³, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas,

¹⁷⁰ Que sirve para atenuar o suavizar los efectos de una cosa negativa, como un dolor, un sufrimiento o un castigo.

¹⁷¹ Punto 3.10 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁷² Punto 5.1.11 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁷³ Mujeres en su primer embarazo.

morbimortalidad¹⁷⁴ y el riesgo de complicaciones a largo plazo.¹⁷⁵

De igual forma establece que “ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”.¹⁷⁶

Reafirma que la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención¹⁷⁷, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.¹⁷⁸

Esta Norma mexicana también establece que cuando sea necesario realizar la operación cesárea, se debe registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

¹⁷⁴ Para entender de qué se trata la morbilidad, debemos desmenuzar esta palabra en dos partes, **morbilidad**, es el conjunto de complicaciones derivadas de un procedimiento médico. Pueden ser efectos secundarios o complicaciones de procedimientos técnicos y **mortalidad**, que se refiere al indicador demográfico que establece una relación entre el número de defunciones y la cifra de la población total en donde se producen, durante un período determinado. Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra. www.cun.es y www.diccionariomedico.net

¹⁷⁵ Punto 5.5.1 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁷⁶ Punto 5.5.3 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁷⁷ Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional.

¹⁷⁸ Punto 5.5.15 de la NOM-007-SSA-2016.

además debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea.¹⁷⁹

Por su parte, Reino Unido cuenta con un amplio Marco de referencia para Niños, Adolescentes y Servicios de Maternidad¹⁸⁰, el cual es aplicable en todo el departamento de Salud de Reino Unido y que representa un conjunto de regulaciones con las que se garantiza la salud social en estos sectores.

El marco del Servicio de Salud Nacional, cuenta con 11 secciones, siendo la sección de maternidad la última de estas y tiene como objetivo ofrecer servicios que:

Promuevan la buena salud física, la salud mental y el bienestar emocional al alentar a los niños y sus familias a desarrollar estilos de vida saludables.

Se centran en una evaluación temprana de las necesidades del niño y su familia.

Abordan las desigualdades en materia de salud, atendiendo las necesidades particulares de las comunidades, los niños y sus familias que probablemente tengan estilos de vida poco saludables.

Garantizan que las mujeres embarazadas reciban atención de alta calidad durante todo el embarazo, tengan un parto normal siempre que sea posible, **participen en las decisiones** sobre qué es lo mejor para ellas y tengan opciones sobre cómo y dónde dar a luz.

¹⁷⁹ Punto 5.5.20.6 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁸⁰ “National service framework: children, young people and maternity services”. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c0yH83DKjCYJ:https://www.gov.uk/government/publications/national-service-framework-children-young-people-and-maternity-services+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=safari>

Esta norma aborda los requerimientos de las mujeres y sus bebés durante el embarazo, el parto y después del parto. Incluye a las parejas de las madres y sus familias; y aborda y vincula la promoción de la salud antes y después de la concepción y el Programa de Promoción de la Salud Infantil.

En el Reino Unido la mayoría de las mujeres dan a luz en el hospital, pero se intenta reproducir el ambiente de casa, ya que las habitaciones se encuentran acondicionadas como si fueran su propio hogar. Pueden llevarse sus fotos, su música y todo lo que necesiten para estar a gusto.¹⁸¹

En ellas, las embarazadas son libres de estar acompañadas por quienes desean, de adoptar la postura que les resulte más cómoda en cada momento, darse un baño, escuchar música o hacer lo que les resulte mejor en cada momento. El nacimiento se produce en la misma habitación y el bebé no se separa de la madre en ningún momento.

La responsable de atender a las madres es la partera (midwife), quien no realiza ninguna intervención que no sea necesaria. Las madres son revisadas por un obstetra a las 16 semanas de embarazo y si todo va bien, deja el trabajo a la partera, quien sólo en caso de complicación avisa al obstetra. Ambos profesionales tienen su ámbito de trabajo y su relación no es jerárquica.¹⁸²

Una de las características del sistema británico es la continuidad de la atención por el mismo equipo de parteras durante el embarazo, el parto y el posparto. Cada mujer es asignada a un equipo de cinco parteras, que darán seguimiento al embarazo, al parto y al posparto.

¹⁸¹ Maternity Services. Estandar 11. ...”8.4 Feedback from women is that wherever they choose to give birth the environment should: Be quiet, relaxed with comfortable “home-like” surroundings where they can progress through labour with the support of their birth partners;...”

¹⁸² JR Soc Med, “Moving forward on the Cumberlege report: Changing Childbirth”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, United Kingdom, núm. 88, febrero 1995, Report of meeting of Forum of Maternity and Newborn, April 13, 1994, pp. 115-118.

De esta manera, cuando llegue el momento de dar a luz no se encontrarán rodeadas de desconocidos, como ocurre en tantos otros lugares. Al ser un equipo de cinco parteras, una de ellas siempre está de turno.

Por la importancia que se da a la confianza en los profesionales y al estado emocional de la madre en el desarrollo del parto, este sistema ayuda a que el nacimiento de su hijo sea vivido como algo satisfactorio por las mujeres, y a que el parto fluya mejor.

Este Estatuto reconoce que, para la mayoría de las mujeres, el embarazo y el parto son eventos normales de la vida; su objetivo es promover que las mujeres tengan opciones y control al momento de dar a luz a su bebé. La norma busca mejorar la equidad en el acceso a los servicios de maternidad, lo que aumenta las tasas de supervivencia y las oportunidades de vida de los niños de entornos desfavorecidos. También tiene como objetivo garantizar que todas las madres y bebés reciban servicios clínicos de alta calidad.¹⁸³

El sistema sanitario británico también contempla la posibilidad de que la mujer dé a luz en su casa o en una casa de partos, atendida por el mismo equipo de parteras, y a cargo de la seguridad social. Esta opción está reservada a las mujeres con partos saludables.

Todo lo anterior se encuentra respaldado en las recomendaciones emitidas por la Guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence), la cual cubre los cuidados de la madre y su bebé durante el parto e inmediatamente después del nacimiento y prepara a las mujeres para que puedan efectuar decisiones informadas durante el nacimiento de sus hijos.¹⁸⁴

¹⁸³ Maternity Services. Estandar 11. “2.4 For the majority of women, pregnancy and childbirth are normal life events requiring minimal medical intervention. These women may choose to have midwifery-led care, including a home birth.”

¹⁸⁴ Clinical Guideline CG190. “Intrapartum care for healthy women and babies”. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom, 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190>

Como podemos ver, tanto la **NOM-007-SSA-2016**, como el **Estatuto 11 sobre Servicios Maternos**, tienen el propósito de que los servicios médicos durante el embarazo, parto y puerperio sean de la mejor calidad, que se informe y se respete a la mujer durante este proceso que debe estar siempre a cargo de profesionales de la salud o bien parteras.

Lo que llama mi atención es que en Reino Unido, las mujeres tienen plena libertad para decidir sobre su parto, pues no sólo se encuentran rodeadas por expertos en salud materno – infantil, partera y obstetra, sino que además acuden a instituciones especializadas que les permiten la libertad de sentirse como en casa y con ello garantizan que durante el alumbramiento la madre sea una interlocutora válida y viva satisfactoriamente el nacimiento de sus hijos, con el ideal satisfecho, en muchos de los casos, de evitar la violación de derechos humanos; en México, aún impera un modelo de atención al parto medicalizado e intervencionista, que en teoría ha implementado las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud viene proponiendo desde 1985, pero que en la práctica no se llevan a cabo debido probablemente a la elevada demanda de estos servicios, a la desinformación de la paciente, o a que las parteras no se encuentran incorporadas al servicio de salud como profesionales al alcance de todo el que las requiera.

Lo anterior es así, pues en opinión de diversas madres entrevistadas cuyos testimonios anexo a la presente investigación, en México no se cuenta con espacios para dar a luz como en casa, aún y cuando existen centros especializados, estos están en su mayoría sobresaturados, no se pide la opinión de la madre, sino que únicamente se reciben órdenes, de éste mismo grupo de mujeres, la mayoría manifestó haber preferido un parto natural, en lugar de una cesárea. Sólo una mencionó haber optado por una cesárea en forma voluntaria.¹⁸⁵

La mayoría refirió haber recibido un buen trato, más consideran que podría ser mucho más cálido. Piensan que sí se pueden tomar más medidas de las que ya existen para lograr un servicio profesional de calidad y con calidez humana. Varias de ellas refirieron no haber firmado

¹⁸⁵ **Anexo 1** del presente trabajo, p. 93.

ningún documento antes de que se les practicara la cesárea y que sus médicos no explicaron el procedimiento que realizarían, únicamente les decían la causa.

Algunas indicaron que sí confiarían en que una partera llevara el control de sus embarazos y sus partos, siempre y cuando estuvieran capacitadas o fueran como las de “Estados Unidos” refirió una de ellas. Ninguna confirmó sentirse cómoda en un parto en casa, pues prefieren estar en un hospital, por si llegara a haber alguna complicación.

El testimonio de la mujer mexicana, en el que platica su experiencia en la atención del parto en el Reino Unido, menciona que sus consultas no eran con un obstetra, sino con una partera, que recibió mucha información sobre el embarazo a través de trípticos que se proporcionan en el hospital, que lo que no le gustó es que al momento del parto se encontraban estudiantes presenciando el momento, lo que la hizo sentir incómoda, aún y cuando le explicaron dicha situación previo al momento de dar a luz.

Ahora bien, en México la figura de la partera es más como la señora que ayuda a las mamás a traer al mundo a sus hijos en zonas rurales, alejadas de las áreas urbanizadas del país; es una figura que surge de la medicina tradicional indígena¹⁸⁶ y que no obstante se encuentra reconocida en el artículo 64 de la *Ley General de Salud*¹⁸⁷, lo cierto es que el artículo 102 del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*, las compila como personal **no profesional** autorizado para la prestación de servicios de atención médica, siempre y cuando reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría y quienes en términos de la fracción I del artículo 110

¹⁸⁶ “Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional”, Secretaría de Salud.

¹⁸⁷ Artículo 64. Ley General de Salud. “En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

... 4. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.”

del citado Reglamento, pueden atender partos normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría.¹⁸⁸

Con ello podemos concluir que las parteras en nuestro país tienen la función de ayudar a la Secretaría de Salud en los lugares donde esta no puede estar presente y sólo brindan servicios en las unidades de salud específicas.

En la actualidad cada vez son más las mujeres mexicanas que demandan los servicios de las parteras. Según testimonios, las matronas permiten tener un parto humanizado, sin violencia obstétrica y con acompañamiento terapéutico. Mientras en los hospitales cada vez se recurre más a las cesáreas, el servicio de las parteras permite a las mujeres tener una mayor libertad sobre su cuerpo. Entre las ventajas que tiene la asistencia de una comadrona se encuentra el parto en el hogar, la movilidad y el acompañamiento familiar. Además, las parteras tradicionales tienen una mayor sensibilidad con respecto a la posición del alumbramiento, que en los hospitales sólo favorece al médico.¹⁸⁹

Ahora bien, es importante señalar que el primer paso para convertirse en partera en el Reino Unido es estudiar un programa aprobado por el Consejo de enfermería y partería (Cuerpo

¹⁸⁸ **Artículo 102. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

Artículo 110. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;

¹⁸⁹ Alcántara Rojas, Berenice, "Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásico", *Revista de Estudios Mesoamericanos*, México, UNAM, Vol. II, Julio- Diciembre 2000.

regulatorio que mantiene el registro de enfermeras, parteras y supervisores de salud). Concluido el programa se otorga un grado de licenciatura en partería.¹⁹⁰

Existen diversas instituciones educativas que imparten el programa como *Saint Bartholomew School of Nurcery and Midwifery*, así como el *College of Nurcery, Midwifery and Healthcare*. Dichas instituciones, encargadas de capacitar a hombres y mujeres en la atención del embarazo y parto garantizan que la función de las parteras incorporadas al sistema de salud se ejerza con plena capacidad.¹⁹¹

En México, existe la Licenciatura en Medicina, Cirujano y Partero, la cual es una carrera para la formación de profesionales enfocados a la atención de la Medicina General de la población tanto en lo individual, como en lo familiar y colectivo, lo que me da a entender que todos los profesionales egresados de la licenciatura en medicina pueden ser parteros, siempre y cuando conozcan los lineamientos sobre el parto humanizado, brindado un servicio con calidad y calidez.

Ahora bien, no obstante los esfuerzos y campañas realizadas en Reino Unido, podemos ver que tampoco se ajustan al porcentaje de cesáreas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, ya que estadísticamente 24.1% de los nacimientos se realizan por cesárea, incluyendo las cesáreas electivas, sin embargo, creo que al integrar al Sistema de Salud Mexicano a las parteras y lograr instituciones especializadas cuyos espacios se presten para brindar una atención como si la paciente se encontrara en casa, podríamos estar más cerca de garantizar una atención donde la mayoría de las pacientes dieran una referencia positiva y satisfactoria.

Ahora bien, la Sección 11 del Marco de Referencia para Niños, Adolescentes y Servicios de Maternidad es muy enfática al referir que es de suma importancia que las pacientes **participen en las decisiones** sobre qué es lo mejor para ellas y tengan opciones sobre cómo y dónde dar a

¹⁹⁰ <https://www.nmc.org.uk>

¹⁹¹ <http://www.city.ac.uk/subjects/midwifery> y <http://www.uwl.ac.uk/academic-schools/nursing-midwifery>

luz. Sin embargo, esta norma no menciona que deba recabarse un consentimiento informado por escrito en el que la paciente manifieste que entiende y acepta los procedimientos médicos que se realicen en el momento del parto. Para ello, se cuenta con la **Guía de referencia del consentimiento para la examinación y el tratamiento**, la cual describe el proceso para obtener el consentimiento, la importancia de establecer si la persona tiene capacidad para dar su consentimiento, qué constituye un consentimiento válido, la forma que puede adoptar el consentimiento y la duración de dicho consentimiento.¹⁹²

Destaca la necesidad de asegurarse de que el consentimiento se otorgue voluntariamente y de que se haya otorgado suficiente información para que el consentimiento sea válido. Trata los problemas de consentimiento que surgen de procedimientos adicionales que pueden requerirse durante el tratamiento y no están cubiertos por el consentimiento original, el consentimiento relacionado con el uso posterior del tejido extraído, el consentimiento para grabaciones visuales y de audio, además hace referencia al consentimiento que debe otorgarse en casos de donación, investigación y tratamientos innovadores.¹⁹³

Refiere que es un principio legal y ético general obtener un consentimiento válido antes de comenzar un tratamiento o una investigación física, o bien, proporcionar atención personalizada. Este principio refleja el derecho de los pacientes a conocer qué sucede en sus propios cuerpos, y es una parte fundamental de la buena práctica. Un profesional de la salud o su equipo, que no respete este principio pueden estar sujetos a acciones legales por parte del paciente. Las instituciones médicas también pueden ser responsables de las acciones de su personal.

No existe una ley en Reino Unido que regule los principios generales del consentimiento, sin embargo, la basta jurisprudencia, que da origen a la Guía en mención, ha establecido que tocar a un paciente sin su consentimiento válido puede constituir un delito o bien desembocar en

¹⁹² "Reference Guide to consent for examination or treatment." Department of Health. United Kindom. https://assets.publishing.service.gov.uk/.../dh_103653__1_.pdf

¹⁹³ *Ibidem*, p. 5.

una responsabilidad civil. Además, si los profesionales de la salud no logran obtener el consentimiento adecuado y el paciente posteriormente sufre daños como resultado del tratamiento, se puede realizar en una reclamación por negligencia contra el profesional de la salud involucrado. La mala gestión del proceso de consentimiento también puede dar como resultado quejas de los pacientes a través del procedimiento de quejas del Servicio Nacional de Salud o ante organismos profesionales.¹⁹⁴

La Guía refiere que la validez del consentimiento no depende de la forma en que se da. Incluso, el consentimiento por escrito simplemente sirve como indicio de este, pero si los elementos de voluntad, información y capacidad no se han cumplido, una firma en el formulario no hará válido el consentimiento.

Esta Guía fomenta el respeto y la observancia del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Todas las autoridades públicas están obligadas a actuar de acuerdo con los derechos establecidos en éste, y todos los demás estatutos deben ser interpretados por los tribunales en la medida de lo posible de conformidad con esos derechos. Los principales artículos que son relevantes para la actividad médica son el Artículo 2 (protección del derecho a la vida), el Artículo 3 (prohibición de la tortura y tratos o penas inhumanos o degradantes), el Artículo 5 (el derecho a la libertad y la seguridad), el artículo 8 (el derecho al respeto de la vida privada y familiar), el Artículo 9 (libertad de pensamiento, de conciencia y de religión), el Artículo 12 (el derecho a casarse y fundar una familia) y el Artículo 14 (prohibición de la discriminación en el disfrute de Derechos de la convención).¹⁹⁵

Por su parte, el consentimiento informado en México se regula dependiendo de la situación médica en que se encuentre el paciente, es decir, si el personal médico desea disponer de los órganos o tejidos de una persona que ha fallecido, deberá solicitar el consentimiento de los familiares o de la persona con capacidad para otorgarlo de acuerdo con las disposiciones del

¹⁹⁴ *Idem.*

¹⁹⁵ *Ibidem*, p.6.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control de la disposición de órganos , tejidos y cadáveres de seres humanos, o si por ejemplo, se desea realizar algún trasplante, entonces se deberá acudir a lo que determine el *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes*.¹⁹⁶

El concepto de consentimiento informado para el tema de salud materno - infantil, se encuentra descrito en la NOM-007-SSA-2016, pues en ésta se señala que todo proceso invasivo debe contar con el consentimiento informado por escrito de la mujer y que el mismo debe, en términos de la NOM-004-SSA-3-2012, integrarse al expediente clínico como referencia.¹⁹⁷

Muchos de los profesionales de la salud en México, lo ocupan prácticamente como un medio de protección, pues, tal y como lo refieren los autores del *Manual sobre aspectos Éticos y Legales de la Medicina*, existen un grupo de sujetos sin escrúpulos que estimulan a los enfermos a demandar a los médicos y a las instituciones, por causas algunas veces justificadas y otras que sólo se denuncian con un afán de lucro y por ello establecen la necesidad de que todo quede por escrito.¹⁹⁸

Éste documento firmado representa una prueba idónea de que a la paciente se le informó, se le explicó y entendió el procedimiento que se le propuso y que se encuentra enterada de los beneficios, riesgos y probables complicaciones, pero lo cierto es que en la práctica algunas de las mujeres de las entrevistadas en el anexo 1, no recuerdan haber firmado un documento como ese y manifiestan que cuando fueron ingresadas al hospital donde sus partos fueron atendidos no se les solicitó firmar ni siquiera un consentimiento informado, sino únicamente una autorización para realizar intervenciones médicas invasivas, las cuales tienen más el propósito de ser un medio de defensa para el personal médico y la institución de salud en caso

¹⁹⁶ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlsmcsdotcsh.html> y http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf

¹⁹⁷ Puntos 5.5.8 y 5.5.20.5 de la NOM-007-SSA-2016.

¹⁹⁸ Sánchez, David A. *et al.*, *Aspectos Éticos y Legales de la Medicina*, México, UAM, Departamento de Atención a la Salud, 2002, p. 42.

de posibles siniestros, que un medio que demuestre que los derechos humanos de las mujeres durante el parto fueron respetados.

Recapitulando, encuentro cinco diferencias importantes entre el sistema jurídico Mexicano y el sistema jurídico en Reino Unido, y son:

1. En Reino Unido las parteras se encuentran incorporadas al servicio nacional de salud y son quienes llevan el seguimiento del embarazo y atienden el parto en los hospitales; sólo en casos de riesgo o complicación involucran al médico obstetra. La partera cuenta con el respeto por parte de otros profesionales, con los cuales tiene una relación de colaboración. En México, la función de la partera no es reconocida como una profesión y sólo las capacitan para que atiendan partos en zonas rurales donde la presencia de las instituciones de salud son escasas o nulas.
2. En Reino Unido las instalaciones sanitarias son más avanzadas, se encuentran especializadas y cuenta con espacio suficiente para que las mujeres puedan reproducir el ambiente hogareño en un cuarto de hospital. En México, los servicios de salud especializados se encuentran sobrecargados, incluso en los hospitales particulares, por lo que es difícil reproducir un ambiente amigable para la madre.
3. En Reino Unido los cuidados están centrados en la mujer y el bebé, en sus necesidades y sus derechos, en favorecer la fisiología del parto normal y donde tiene que haber una justificación para cada intervención médica en el parto; en México los partos intervenidos son la regla, no la excepción.
4. En Reino Unido, el consentimiento informado puede ser verbal o por escrito, el que sea por escrito no garantiza que no contenga vicios. En México, se opta más por solicitar un consentimiento por escrito, ya que éste tiene una doble función, la primera es que se integre al expediente clínico como referencia de que la madre fue informada, entendió y aceptó un

procedimiento invasivo; y por otro lado, brinda protección al personal de salud y a la institución médica contra posibles demandas por inconformidades.

5. Ambos sistemas jurídicos cuentan con la figura de la cesárea electiva, siempre que se haya informado previamente a la paciente sobre las desventajas y riesgos.

Finalmente, es importante mencionar que este análisis comparativo me permitió observar que en México tenemos aún áreas de oportunidad para mejorar la atención que se brinda al momento del parto y sirvió de base para proponer las posibles soluciones a la problemática observada, que se plantearon en el capítulo anterior.

VIII. CONCLUSIONES

Es indudable que en la actualidad debemos prestar más atención a los derechos derivados de la autonomía de las pacientes, sobre todo al momento del parto. Se requiere una actualización jurídica y un cambio de mentalidad, pues en muchos de los casos se está pasando por alto algunos tratamientos requeridos, la información indispensable respecto a la decisión y consentimiento de la madre, la confidencialidad, la equidad en derechos similares, la no discriminación, el acceso a las prestaciones o servicios establecidos, sistemas de seguridad, acceso a la documentación clínica, elección de profesionistas de la medicina y de centros hospitalarios, en pocas palabras, pareciera que de pronto nos alejamos de lo mundialmente recomendado en materia de derechos humanos y de salubridad general.

Estos derechos son relevantes para la actividad médica en la medida en que esta se encuentra relacionada con la vida humana y su desarrollo. Las normas jurídicas suelen ser un puente que conecta a quienes prestan un servicio médico con quienes lo reciben y al ser el soporte básico de la vida en sociedad, pueden ayudar a que la experiencia de parto sea mucho más satisfactoria para todos los involucrados.

El presente trabajo me llevó a darme cuenta que en México contamos con profesionales al servicio de la salud que ponen sus conocimientos y experiencia al servicio de la vida humana, tenemos un país donde se ha optado por eliminar la mortalidad materno infantil a costa de lo que sea necesario, incluso acosta de realizar procedimientos invasivos en pro de la vida.

Es sólo que en ocasiones, la práctica constante de dichos procedimientos ha llevado al personal médico a encasillarse en un procedimiento que si bien salva vidas, también resulta un poco más sencillo al poderse programar y no estar a merced de lo que la naturaleza dicte.

En la actividad médica diaria, la rutina y lo que siempre funciona, son factores que juegan un papel importante en el respeto a los derechos humanos. Un médico puede ver diferentes pacientes en una misma situación durante toda su carrera profesional, pero para el paciente, la

experiencia es muy distinta, pues la vive en carne propia y es por ello que el personal médico debe estar siempre alerta y al pendiente de que la cotidianidad no convierta su trato en un actuar procedimental y frío, si no que siempre sea acorde con los derechos humanos, que son inherentes a la personalidad, connaturales a la misma especie. Por eso deben observar que en ningún momento se atente contra la vida, se torture o se brinde un trato inhumano o degradante, se respete la vida privada y familiar, de pensamiento y de religión y sin discriminación.

Es cuestión sólo de recordarnos todos los días los principios éticos que deben encausar el actuar médico y no permitirnos caer en la monotonía de procedimientos más prácticos. Analizar el parto desde las neurociencias y observar las consecuencias psicológicas por las que atraviesan tanto madres como bebés, resulta ser un referente importante al momento de tomar decisiones en el plano médico.

En lo personal, el presente trabajo tuvo un doble efecto, el primero, si toda va bien, me permitirá concluir mis estudios de maestría en derecho público y el segundo, me permitió transitar paso a paso todo este proceso neurohormonal que en mi caso fue demasiado brusco, al haber tenido a mis dos hijos por cesárea, sin duda en un principio sentí que no había participado mucho en el nacimiento de mis hijos, para después darme cuenta, que en mi caso, el personal médico tomó las mejores decisiones. El investigar sobre el tema me dio paz y me permitió sentirme aliviada espiritualmente.

De igual forma, el contenido del presente trabajo me permitirá alentar con mayor información a futuras madres, sobre lo que deben esperar del sistema nacional de salud en México, sobre lo que deben saber sobre el parto a través de cesárea y sus posibles consecuencias.

Espero que lo propuesto en este trabajo algún día pueda consolidarse para que puedan brindarse servicios de mayor calidad y eficacia en las instituciones, organismos y demás dependencias, ya que se requieren mejores respuestas y ofertas por parte del personal e instituciones médicas en nuestro país.

Es una tarea difícil, pues en la práctica resulta muy complicado garantizar que un parto sea normal, debido a que la intensidad del momento sólo permite evaluarlo en retrospectiva. Aun así, estoy de acuerdo en que salir empoderada del parto es una buena señal de que éste fue normal y atendió a los principios que dictan los derechos humanos.

Por ello, es necesario hacer realidad, un nuevo marco jurídico que sea congruente con las exigencias del presente y futuro de México, donde se incluyan todos los principios de la bioética, para proporcionar un rostro de alta calidad y eficacia a los servicios materno - infantiles con los que contamos y para que también, algún día, “los profesionales confíen en el nacimiento, que confíen en la capacidad de las madres para dar a luz y confíen en que los bebés saben nacer”.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Cerelli, K. Entrevista a Mary Jackson, partera profesional certificada, “Puentesando la práctica de la partería y las percepciones psicológicas pre y perinatales”, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 28 (1), 72, en Olza, Ibone, (comp.) *Parir, El Poder del Parto*, 1ª. ed., Ediciones B, España, 2017, p. 163.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- ACEVEDO, Mayra Guadalupe, *Regulación en México del Consentimiento Informado*, Biblioteca virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- ALMIÑANA, Mónica, *et al.*, *Principios Básicos de la Bioética*, Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.
- ARRIAGA, Raúl y ARRIAGA, Héctor, *Nociones de Legislaciones en Salud y Enfermería*, 1ª ed, México, Porrúa, 2014.
- BETRÁN, Ana Pilar, *et al.*, *The increasing trend in caesarean section rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*, Plos One. A Peer- Reviewed, Open Access Journal, febrero, 2016.
- CASTILLO, Andrés, *Los vicios del consentimiento en el contrato*, monografías.com, República Dominicana, 2011.
- Clinical Guideline CG190. Intrapartum care for healthy women and babies. Guía NICE. National Institute for Health and Care Excellence. United Kingdom, 2019.
- Código de Núremberg, Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.
- Código Penal para el Estado de Chiapas.
- Código Penal para el Estado de Guerrero.
- Código Penal para Estado de Veracruz.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917, México.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José”.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer “Convención de Belem Do Pará”.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW, 1981.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Definiciones y Conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud, Secretaría de Salud, 2012, México.

Derechos de Segunda Generación o Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
cubaencuentro.com

Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra.

FRANCO, Julio, “¿Qué son las políticas públicas?”, Universidad IEXE, 2014,

Guía para la autorización de parteras tradicionales como personal de salud no profesional,
Secretaría de Salud, 2009, México.

Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo,
Secretaría de Salud, 2014, México.

Guía para la Práctica Clínica. Reducción de la frecuencia de la Operación Cesárea, Secretaría de
Salud, SEDENA Y SEMAR, 2014, México.

HICKS C, et. al., *Changing Childbirth: a pilot Project*, School of Health Sciences, The University of
Birmingham, Birmingham B15 2TT, UK.

Instituto Nacional De Estadística y Geografía, *Información sobre el volumen y distribución
geográfica de los nacimientos registrados en el país, así como su estructura por sexo y las
características de la madre. Asimismo, se incluyen indicadores que dan cuenta de la fecundidad
y el uso de anticonceptivos*, 2017.

Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud, México.

Informe GIRE, 2015. Grupo de Información en Reproducción Elegida.

Intervenciones identificadas por los equipos de los distritos de salud que contribuyeron al
mejoramiento de la calidad en salud materno-neonatal, Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social, Guatemala, 2008.

JR Soc Med, *Moving foward on the Cumberlege report: Changing Childbirth*, Journal of the Royal
Society of Medicine, United Kingdom, Report of meeting of Forum of Maternity and Newborn,
1994.

JUÁREZ, Jennifer, *Una epidemia de cesáreas innecesarias en México*, The New York Times en
español, México, 28 de agosto de 2017.

LARKIN, P., Begley, C.M., y Devane, D. *Women’s experiencia of labour and birth: An evolutionary
concept analysis*, Midwifery, 2009.

Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Distrito Federal, México, 2017.

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, México, 2017.

Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2018.

Ley General de Salud, México, 1997.

LÓPEZ DE LA PEÑA, Javier A. *Consentimiento Informado en la Legislación de Salud en México*, Gaceta Médica Mexicana, México, Vol. 132, Núm. 5,

LUNA, Gabriela y VALENCIA, Atanacio, *Determinantes de la Utilización de los Servicio de Salud para Mujeres Mexicanas en la Atención del Parto*, año 2, núm 4. México, 2007.

MÁRQUEZ, Raúl, *Lineamientos y criterios del proceso editorial*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2013.

MASON, Cynthia, WINKLER, Maura, *Mamá Natural. La Guía definitiva de Embarazo y Parto*, 1ª ed. México, Grijalbo, 2018.

National service framework: children, young people and maternity services.

Normas de pertinencia cultural, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Guatemala, 2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, 2012, México.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, 2016, México.

OLZA, Ibone, *El Poder del Parto*, 1ª.ed., España, Ediciones B, 2017.

Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*, 2018.

Organización Mundial de la Salud. *Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesáreas*. WHO/RHR/15.02, 2015,

Organización Mundial de la Salud. *Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*. Comunicado de Prensa, Ginebra, Abril, 2015.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Por los caminos del Sistema Nacional de Salud, Capítulo 4, pp. 60 a 79. Facultad de Medicina, UNAM.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Recomendación General 31/2017, Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 2017.

Reference Guide to Consent for Examination or treatment, Department of Health, United Kingdom.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México.

Reunión de Trabajo: Revisión y propuestas para la reducción de la operación cesárea, Secretaría de Salud y el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 2015, México.

RÍOS VEGAL, Luis Efrén, et al., *Vademecum de Derechos Humanos*, 1ª ed, México, Tirat lo blanch, 2019.

ROBERT, Christine L., *International caesarean section rates: the rising tide*, The Lancet, Global Health, April, 2015

SÁNCHEZ, David y TORRES, Gloria, *Aspectos Éticos y Legales de la Medicina*, México, UAM, Departamento de Atención a la Salud, 2002.

SÁNCHEZ, Narciso, *Derechos Humanos, Bioética y Biotecnología*, 1ª. Ed, México, Porrúa, 2009.

SÁNCHEZ, María, “¿Porqué últimamente hay gemelos por todas partes?”, *El País*, 2017.

Semanario Judicial de la Federación.

SIMKIN, Penny, *Parto y Nacimiento*, 1ª ed, Trillas, México, 2000.

Supporting information. S1 File. Data and Sources. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. Publicado en línea en febrero, 2016.

VOGEL JP, BETRAN AP, VINDEVOGHEL N, SOUZA JP, TORLONI MR, ZHANG J et al., *WHO Multi-Country Survey on Maternal and New Born Health Research Network. Use of the Rabson classification to assess caesarean section trends in 21 Countries: a secodary analysis of two multicountry survey*. Lancet Global Health, 2015.

WINTER, Irwin, et al., *Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal Médico Sobre Parto Vertical*, Guatemala, octubre 2015.

ANEXO 1.

Con el propósito de orientar y reafirmar las conclusiones plasmadas en el presente trabajo, entrevisté a una persona de nacionalidad mexicana, cuyos hijos nacieron en el Reino Unido en los años de 2017 y 2019, su experiencia en la atención del parto resulta tan interesante como la de otras 5 mujeres de nacionalidad mexicana cuyos hijos nacieron en México del año 2001 a 2017, tanto en instituciones públicas como privadas. Entiendo que no es posible tomar estas entrevistas como un dato estadístico, debido a que la muestra es insuficiente; sin embargo, la información que arrojan las mismas es útil en la medida en que aportan datos interesantes para analizar el caso de violencia obstétrica en México, cuando de cesáreas innecesarias se trata. Es decir, lo relevante no son los datos cuantitativos, sino los aspectos cualitativos que se observan en cada caso.

Entrevista 1.

Mujer, nacionalidad mexicana, hace referencia a la atención del parto en el **Reino Unido**.

1. ¿Cuál es su nombre?

R= *****

2. ¿Tiene Usted hijos y cuántos?

R= Sí, dos, uno de 18 meses y otro de 7 semanas.

3. ¿En qué año nacieron y dónde?

R= 2017 y 2019 en Londres, Inglaterra.

4. ¿Nacieron en institución pública o en un hospital privado?

R= Institución Pública, King's Collage Hospital.

5. ¿Qué tipo de partos tuviste?

R= Parto natural.

6. ¿Se siente Usted satisfecha con el tipo de parto que tuvo? Y ¿Por qué?

R= Sí, siempre fue mi deseo dar a luz de forma natural, el tema de cesárea me asustaba, ya que tengo la idea de que la recuperación es dolorosa y toma tiempo. Y por todo lo que implica una operación.

7. ¿Los médicos le informaron y la mantuvieron al tanto de los procedimientos que se llevaría a cabo?

R= Sí, desde un inicio me informaron que mi parto sería natural, a menos que el bebé o yo tuviéramos algún problema que no permitiera que así fuera. En cada cita me checaban y veían la posición del bebe y me explicaron las opciones que hay en cuanto al parto. Cuando llegó el momento, me dijeron qué harían. En todo momento fui informada y hasta trípticos me proporcionaron para ampliar información.

8. ¿Participó Usted en la toma de decisiones en el momento del parto? ¿Pudo Usted dar su opinión?

R= Sí, en ambos embarazos, todo me fue consultado. Me dieron las opciones y entre mi esposo y yo decidíamos qué era lo que queríamos. Mencionaron opciones porque ambos partos en mi caso fueron inducidos, así que fueron procedimientos largos y uno de ellos por el tiempo iba a tener que ser cesárea.

9. En caso de que le hayan practicado una cesárea, ¿los médicos le explicaron claramente el procedimiento que se realizaría?, ¿Le hicieron firmar un documento donde daba Usted su consentimiento, después de haber sido debidamente informada?

R= En el primer embarazo como te comento iba a tener que ser cesárea, así que nos explicaron cómo iban a proceder, me hicieron firmar, pero no fue necesario porque mi hija nació en el último intento.

10. ¿Cómo califica la atención recibida por el personal médico, es decir, ginecólogo, enfermeras, anestesiólogo, pediatra o neonatólogo y demás personal del hospital?

R= Independientemente del dolor que sentí, puedo decir que estoy satisfecha con el servicio recibido, todo el personal fue muy profesional, tuve una excelente atención.

11. En caso de que tenga que vivir un parto nuevamente, ¿Qué buscarías en el personal médico y en el hospital, para que su experiencia fuera satisfactoria?

R= Algo que no fue cómodo en mi caso es que en el hospital capacitan a muchos pasantes, por lo tanto siempre están presentes más de dos. Te los presentan y te explican el motivo, pero aun así es un poco incómodo que tengas que parir frente a muchas personas.

12. ¿Confiarías en que una partera profesional y capacitada llevara el control de tu embarazo y tu parto y sólo en caso necesario te remitiera con el obstetra?

R= Aquí tus citas son con una partera, los ultrasonidos con un especialista que no es ginecólogo y en el hospital das a luz con ayuda de dos parteras, sólo en caso necesario participa el ginecólogo, anestesiólogo y otro médico. Al principio me dio desconfianza este tema, pero el personal está bien capacitado y siempre cuentan con la ayuda de ser necesario de un médico con la especialidad que se necesite.

13. ¿Piensas que las autoridades sanitarias en México pueden hacer algo más para que la experiencia del parto sea mucho más humana, con calidad y con calidez?

R= No aplica.

14. ¿Optarías por un parto en casa?

R= Tuve opción de tener un parto en casa, pero no me hubiera gustado, por higiene y seguridad en caso de alguna complicación.

ENTREVISTA 2.

Mujer, nacionalidad mexicana, hace referencia a la atención del parto en **México**, en hospitales públicos.

1. ¿Cuál es su nombre?

R= *****

2. ¿Tiene Usted hijos y cuántos?

R= Sí, dos hijos.

3. ¿En qué año nacieron y dónde?

R= 2001 y 2003. Los dos en Tlaxcala.

4. ¿Nacieron en institución pública o en un hospital privado?

R= Institución Pública, los dos. El Primero en el SESA (Secretaría de Salud de Tlaxcala) y el segundo en el Seguro Social.

5. ¿Qué tipo de partos tuvo?

R= El primero cesárea y el segundo natural.

6. ¿Se siente Usted satisfecha con el tipo de parto que tuvo?

R= Sí estoy satisfecha. Porque conozco lo es tener de uno y de otro y los dos duelen igual, no hay gran diferencia.

7. ¿Los médicos le informaron y la mantuvieron al tanto de los procedimientos que se llevaría a cabo?

R= Sí.

8. ¿Participó Usted en la toma de decisiones en el momento del parto? Es decir, ¿Pudo Usted dar su opinión?

R= En la cesárea me dijeron que el bebé venía enredado en el cordón umbilical y que por eso no podía nacer por parto natural. En el seguro, me dijeron que si quería seguir esperando para que naciera natural o que si me pasaban a cesárea, yo decidí esperar el parto natural y me seguían vigilando hasta que me llevaron a la sala de partos.

9. En caso de que le hayan practicado una cesárea, ¿los médicos le explicaron claramente el procedimiento que se realizaría?, ¿Le hicieron firmar un documento donde daba Usted su consentimiento, después de haber sido debidamente informada?

R= Sí me explicaron, pero no me hicieron firmar nada, el que firmó fue mi esposo.

10. ¿Cómo califica la atención recibida por el personal médico, es decir, ginecólogo, enfermeras, anestesiólogo, pediatra o neonatólogo y demás personal del hospital?

R= En el Seguro me atendieron muy bien, ahí tuve mi parto natural, pero en el SESA fue regular, no estaban al pendiente de mí, ahí me practicaron la cesárea, pero yo siento que lo que quieren es que el bebé nazca rápido para liberar el área de pacientes.

11. En caso de que tenga que vivir un parto nuevamente, ¿Qué buscaría en el personal médico y en el hospital, para que su experiencia fuera satisfactoria?

R= Me gustaría que fueran más humanos, pues a veces sólo hacen su trabajo, me gustaría que se acercaran más a uno, que no me dejaran sola, como me dejaron en el SESA, me gustaría que estuviera presente mi familia, al menos una persona para sentirme acompañada. Buscaría ir a un hospital particular, pues ahí la atención es mejor.

12. ¿Confiarías en que una partera reconocida y capacitada llevara el control de tu embarazo y tu parto y sólo en caso necesario te remitiera con el obstetra?

R= Yo preferiría que me atendiera un obstetra.

13. ¿Piensas que las autoridades sanitarias en México pueden hacer algo más para que la experiencia del parto sea mucho más humana, con calidad y con calidez?

R= Sí, se pueden hacer leyes o programas para que el servicio sea más humano y cálido.

14. ¿Optarías por un parto en casa?

R= No. No me da confianza. Me sentiría muy desprotegida.

ENTREVISTA 3.

Mujer, nacionalidad mexicana, hace referencia a la atención del parto en **México**, en hospitales privados.

1. ¿Cuál es su nombre?

R= ****

2. ¿Tiene Usted hijos y cuántos?

R= Sí, 2.

3. ¿En qué año nacieron y dónde?

R= 2015 y 2017. En la Ciudad de México.

4. ¿Nacieron en institución pública o en un hospital privado?

R= Hospital privado.

5. ¿Qué tipo de partos tuviste?

R= Dos cesáreas.

6. ¿Se siente Usted satisfecha con el tipo de parto que tuvo? Y ¿Por qué?

R= No, porque me hubiera gustado tener partos naturales.

7. ¿Los médicos le informaron y la mantuvieron al tanto de los procedimientos que se llevaría a cabo?

R= Sí.

8. ¿Participó Usted en la toma de decisiones en el momento del parto? ¿Pudo Usted dar su opinión?

R= No, la ginecóloga, sólo me dijo en ambos casos los motivos por los que mis hijos debían nacer por cesárea. No di mi opinión porque la ginecóloga sabe más que yo y no me iba a arriesgar a que algo saliera mal.

9. En caso de que le hayan practicado una cesárea, ¿los médicos le explicaron claramente el procedimiento que se realizaría?, ¿Le hicieron firmar un documento donde daba Usted su consentimiento, después de haber sido debidamente informada?

R= No me explicaron cómo se realizaría la cesárea, en mi primer parto recuerdo que el anestesiólogo sí me explicó el procedimiento para el bloqueo, en el segundo sólo el pediatra se acercó a mi cuando estaba en la plancha y me dijo que él iba a estar al pendiente de mi bebe. Nada más. Al ingresar al hospital firmé una autorización, no era un consentimiento.

10. ¿Cómo califica la atención recibida por el personal médico, es decir, ginecólogo, enfermeras, anestesiólogo, pediatra o neonatólogo y demás personal del hospital?

R= En general fue buena, me sentí en buenas manos.

11. En caso de que tenga que vivir un parto nuevamente, ¿Qué buscarías en el personal médico y en el hospital, para que su experiencia fuera satisfactoria?

R= Me gustaría que el servicio fuera de calidad, que hubiera también un trato cálido para sentirme más a gusto, pero lo más importante para mí sería que yo y mi bebe saliéramos bien. Pedir un parto natural después de mis dos cesáreas previas creo que sería imposible, pero sin importar que tenga que pasar otra vez por una cesárea lo que desearía sería que todo saliera bien.

12. ¿Confiarías en que una partera profesional y capacitada llevara el control de tu embarazo y tu parto y sólo en caso necesario te remitiera con el obstetra?

R= No, preferiría a mi ginecóloga de siempre.

13. ¿Piensas que las autoridades sanitarias en México pueden hacer algo más para que la experiencia del parto sea mucho más humana, con calidad y con calidez?

R= Sí, creo que deberían permitir que un familiar este junto a la paciente desde el inicio del parto hasta que concluya. En mi caso, dejaron pasar a mi esposo, pero sólo a grabar el nacimiento y en cuanto nació el bebé lo sacaron de la sala. Me hubiera gustado que estuviera conmigo, pues se siente muy feo el efecto de la anestesia y esta uno sola y desesperada.

14. ¿Optarías por un parto en casa?

R= No.

ENTREVISTA 4.

Mujer, nacionalidad mexicana, hace referencia a la atención del parto en **México**, en hospitales privados.

1. ¿Cuál es su nombre?

R= ****

2. ¿Tiene Usted hijos y cuántos?

R= Sí, 3.

3. ¿En qué año nacieron y dónde?

R= 2011, 2014 y 2016. En el Hospital San José, Celaya, Gto.

4. ¿Nacieron en institución pública o en un hospital privado?

R= Hospital privado.

5. ¿Qué tipo de partos tuviste?

R= Tres cesáreas.

6. ¿Se siente Usted satisfecha con el tipo de parto que tuvo? Y ¿Por qué?

R= Sí me siento satisfecha, pues mi primera hija fue una emergencia y todo salió bien. De la cesárea que me hicieron si estuve convencida. A lo mejor el tercero que fue más planeado pudo haber sido natural, pues pensé que si ya me habían cortado ya mejor seguía así. No, porque me hubiera gustado tener partos naturales.

7. ¿Los médicos le informaron y la mantuvieron al tanto de los procedimientos que se llevaría a cabo?

R= Me acuerdo en mi primer parto que me dijo que era una emergencia, pero no me acuerdo que hayan explicado el procedimiento de la cesárea.

8. ¿Participó Usted en la toma de decisiones en el momento del parto? ¿Pudo Usted dar su opinión?

R= No, porque el primer parto fue de emergencia. En el segundo y tercero el ginecólogo me dijo que se podía intentar un parto natural, pero yo no quise, pues como ya tenía una cicatriz hecha, ya no tenía ningún caso pasar por un parto natural.

9. En caso de que le hayan practicado una cesárea, ¿los médicos le explicaron claramente el procedimiento que se realizaría?, ¿Le hicieron firmar un documento donde daba Usted su consentimiento, después de haber sido debidamente informada?

R= En el caso de emergencia no, lo firmó mi esposo. En la segunda y tercera ocasión sí firmé yo.

10. ¿Cómo califica la atención recibida por el personal médico, es decir, ginecólogo, enfermeras, anestesiólogo, pediatra o neonatólogo y demás personal del hospital?

R= En general fue buena y las enfermeras me ayudaban mucho.

11. En caso de que tenga que vivir un parto nuevamente, ¿Qué buscarías en el personal médico y en el hospital, para que su experiencia fuera satisfactoria?

R= Yo iría con el mismo ginecólogo que me atendió y en el mismo hospital, pues me san la seguridad que sentí con los anteriores.

12. ¿Confiarías en que una partera profesional y capacitada llevara el control de tu embarazo y tu parto y sólo en caso necesario te remitiera con el obstetra?

R= Sí confiaría.

13. ¿Piensas que las autoridades sanitarias en México pueden hacer algo más para que la experiencia del parto sea mucho más humana, con calidad y con calidez?

R= Yo creo que puede mejorar porque a muchas mujeres las mandan de cajón a cesárea, sin justificación, debería ser por ley intentarse ante todo un parto natural y sólo para casos de emergencia la cesáreas.

14. ¿Optarías por un parto en casa?

R= No.

ENTREVISTA 5.

Mujer, nacionalidad mexicana, hace referencia a la atención del parto en **México**, en hospitales privados.

1. ¿Cuál es su nombre?

R= ****

2. ¿Tiene Usted hijos y cuántos?

R= Sí, 2.

3. ¿En qué año nacieron y dónde?

R= 2006 y 2014. En el Hospital Guillermo González Cervantes, la primera y en el Hospital Humanitas, la segunda, ambas en el Estado de Tlaxcala.

4. ¿Nacieron en institución pública o en un hospital privado?

R= Hospitales privados.

5. ¿Qué tipo de partos tuviste?

R= Dos cesáreas.

6. ¿Se siente Usted satisfecha con el tipo de parto que tuvo? Y ¿Por qué?

R= No, desearía que ambos partos hubieran sido natural.

7. ¿Los médicos le informaron y la mantuvieron al tanto de los procedimientos que se llevaría a cabo?

R= Sí.

8. ¿Participó Usted en la toma de decisiones en el momento del parto? ¿Pudo Usted dar su opinión?

R= En la primera ocasión me entregaron un aparato que monitoreaba los latidos del corazón de la bebé y pude darme cuenta cómo se aceleraba su corazón, pues traía el cordón umbilical enredado. Eso me dio confianza cuando el Doctor me dijo que tenían que sacarlo cuanto antes por cesárea, iba convencida de que la cesárea era necesaria en ese momento. En la segunda ocasión me asustaron, yo me quería esperar más tiempo y el médico me asustó e insistió en que debía practicar la cesárea a la brevedad sin que existiera una justificación.

9. En caso de que le hayan practicado una cesárea, ¿los médicos le explicaron claramente el procedimiento que se realizaría?, ¿Le hicieron firmar un documento donde daba Usted su consentimiento, después de haber sido debidamente informada?

R= En el primer caso sí me explicaron, en el segundo no y en ninguno de los dos momentos me dieron a firmar algo.

10. ¿Cómo califica la atención recibida por el personal médico, es decir, ginecólogo, enfermeras, anestesiólogo, pediatra o neonatólogo y demás personal del hospital?

R= Algunos bien y otros más o menos. El ginecólogo era muy amable. Pero yo creo que es porque les pagas. La primera vez el trato fue mucho más cálida, pero no me gustó que la pediatra sin justificación alguna le puso oxígeno y metió a la incubadora a mi hija, cuando había llorado bien al nacer y respiró bien.

11. En caso de que tenga que vivir un parto nuevamente, ¿Qué buscarías en el personal médico y en el hospital, para que su experiencia fuera satisfactoria?

R= Buscaría que el personal médico me diera confianza y buen servicio hospitalario.

12. ¿Confiarías en que una partera profesional y capacitada llevara el control de tu embarazo y tu parto y sólo en caso necesario te remitiera con el obstetra?

R= Sí, si fuera como en Estados Unidos sí, pues ellas hacen todo lo posible porque el parto sea natural y sólo que sea una emergencia te mandan con el ginecólogo.

13. ¿Piensas que las autoridades sanitarias en México pueden hacer algo más para que la experiencia del parto sea mucho más humana, con calidad y con calidez?

R= Sí, creo que se pueden hacer ciertas leyes como para ampararnos.

14. ¿Optarías por un parto en casa?

R= No. Eso sí me da miedo. Me gusta tener la confianza de que si hay algún problema pueda tener todo a la mano.