



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**TESIS**

**“LA NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y  
NECESIDAD DE TIPIFICARLA EN EL ESTADO DE HIDALGO”**

Para obtener el Grado de Maestro (a) en  
Derecho Penal y Ciencias Penales

**PRESENTA**

**Gabriela Cruz Ortiz**

**Directora**

Dra. Martha Gaona Cante

**Asesor**

Dr. Essaú Falcon Santos

**Comité tutorial**

Dra. Martha Gaona Cante

Dr. Essaú Falcón Santos

Dr. Iván Espino Pichardo

Mtra. Judith Ericka Moctezuma Montaña

Pachuca de soto, Hgo., México, Mayo 2024



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**TESIS**

**“LA NORMALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y  
NECESIDAD DE TIPIFICARLA EN EL ESTADO DE  
HIDALGO”**

Para obtener el Grado de Maestro (a) en  
Derecho Penal y Ciencias Penales

**PRESENTA**  
**Gabriela Cruz Ortiz**

**Directora**  
Dra. Martha Gaona Cante

**Asesor**  
Mtro. Essaú Falcon Santos

**Comité tutorial**  
Dra. Martha Gaona Cante  
Dr. Essaú Falcón Santos  
Dr. Iván Espino Pichardo  
Mtra. Judith Ericka Moctezuma Montaña

Pachuca de soto, Hgo., México., Mayo 2024



27/ mayo/2024  
 Asunto: Autorización de impresión

**Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado**  
**Directora de Administración Escolar**  
**Presente.**

El Comité Tutorial de la **TESIS** del programa educativo de posgrado titulado “La Normalización de la Violencia Obstétrica y Necesidad de Tipificarla en el estado de Hidalgo”, realizado por la sustentante **LIC. GABRIELA CRUZ ORTÍZ**, con número de cuenta: **472538**, perteneciente al programa de **MAESTRÍA EN DERECHO PENAL Y CIENCIAS PENALES**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN**

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

**Atentamente**  
**“Amor, Orden y Progreso”**

**Pachuca de Soto Hidalgo, a 27 de mayo de 2024**

El Comité Tutorial

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Martha Gaona Cante  
 Directora

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Esaú Falcón Santos  
 Miembro del comité

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Iván Espino Richardo  
 Miembro del comité

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Luis David Martínez Campos  
 Miembro del comité

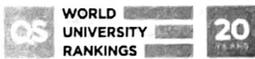
*[Handwritten signature]*



Mtra. Judith Erika Moctezuma Montaña  
 Miembro del comité

Pachuca-Actopan Km. 4 s/n, Colonia  
 :ano, Pachuca de Soto, Hidalgo,  
 .P. 42084

Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41038 y  
 41039  
 jaaderecho\_icshu@uaeh.edu.mx



uaeh.edu.mx

## ÍNDICE

RELACIÓN DE CUADROS, GRAFICAS E ILUSTRACIONES .....	4
RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
ANTECEDENTES .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	10
OBJETIVO GENERAL .....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	13
HIPÓTESIS .....	13
CAPÍTULO I.- VIOLENCIA OBSTÉTRICA .....	15
1. Estado del Arte .....	15
1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica? .....	16
1.2 Conductas consideradas violencia obstétrica .....	19
1.3. Víctimas de violencia obstétrica.....	22
1.4. Factores propiciatorios de la violencia obstétrica.....	28
1.4.1. El habitus médico.....	35
1.4.2. La invisibilización de la violencia obstétrica.....	37
CAPÍTULO II.- MARCO JURÍDICO.....	40
2. Reconocimiento y Protección Internacional a los Derechos Humanos en el Parto. ....	40
2.1 CASO MESTANZA VS PERÚ. ....	41
2.2 CASO TERNOVSKY VS HUNGRÍA. ....	42
2.3 CASO ALYNE VS BRASIL. ....	42

2.4. CASO BRITIZ ARCE VS ARGENTINA. Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. ....	43
2.5. Reconocimiento y Protección a los Derechos Humanos en el Parto en México. ....	45
CAPÍTULO III .- ¿ES NECESARIO TIPIFICAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA? .....	62
3.1. Situación de la violencia obstétrica en México y en el Estado de Hidalgo.....	62
3.2. Necesidad de Tipificar la Violencia Obstétrica .....	68
3.3. La Tipificación de la Violencia Obstétrica como Medida Preventiva. ....	76
CAPÍTULO IV.- PROPUESTA PARA TIPIFICAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	83
4.1 Conductas las cuales deben ser consideradas en el tipo penal. ....	83
4.2. Propuesta de reforma. ....	87
PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	87
CONCLUSIONES .....	90
BIBLIOGRAFÍA .....	91

---

## RELACIÓN DE CUADROS, GRAFICAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1. Conductas reportadas en la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares ENDIREH (INEGI, 2021). Pág. 25

Figura 1. El triángulo de la violencia elaborado por (García, 2018). Pág. 39

Figura 2. Gráfica de los Estados de la República Mexicana con mayor y menor prevalencia de violencia obstétrica de acuerdo a datos de Endireh 2022. (Elaboración propia). Pág. 64.

Figura 3. Gráfica de los rangos de edades de las mujeres víctimas de violencia obstétrica en el Estado de Hidalgo en los últimos cinco años, de acuerdo a datos de Endireh 2022. (Elaboración propia). Pág. 65

Foto 1. XIX Congreso Nacional sobre Empoderamiento Femenino. Ponentes Mesa 32. 27 de marzo de 2023. Pág. 67

Foto 2. Poster de la Conferencia Conceptualizando la Violencia Obstétrica. Pág. 67.

Foto 3. Publico asistente, conferencia "Conceptualizando la Violencia Obstétrica. 1º de diciembre de 2023. Universidad Politécnica de San Luis Potosi, invitada por la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosi. Pág. 68.

Foto 4. Gabriela Cruz Ortiz en la conferencia "Conceptualizando la Violencia Obstétrica. 1º de diciembre de 2023. Universidad Politécnica de San Luis Potosi, invitada por la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosi. Pág. 69.

---

## RESUMEN

La violencia obstétrica es una de las violencias invisibilizadas por su normalización al interior de los centros hospitalarios de la seguridad pública y privada; así como en consultorios de obstetras principalmente privados; en donde las relaciones de poder asimétricas son sufridas por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Conductas eminentemente violatorias de derechos humanos.

En tal sentido, las mujeres en México y específicamente en el estado de Hidalgo, no son conscientes de sufrir violencia obstétrica durante la atención de sus embarazos, partos y puerperio, a pesar de padecer las secuelas de tal violencia durante mucho tiempo y en algunos casos de consecuencias irreversibles como la esterilidad por perder la matriz, la pérdida del producto y no en pocas ocasiones, su propia vida.

En consecuencia, el presente trabajo tiene como objetivo la investigación y justificación de la necesidad de crear un tipo penal sobre la violencia obstétrica en el Estado de Hidalgo; para ello, es necesario efectuar un somero análisis de los factores propiciatorios de la normalización de este tipo de violencia desde una perspectiva multidisciplinaria a fin estar en posibilidades de proponer su tipificación, para hacerla visible al criminalizar los tipos de conducta constitutivos de violencia obstétrica, con la finalidad de tener una prevención general y en el caso particular, una prevención especial a su respecto.

Por otro lado, a lo largo de la investigación abordaremos la teoría de la interseccionalidad, el triángulo de la violencia y la teoría del *habitus* desde la perspectiva de la violencia obstétrica y de género.

Palabras clave: Derechos Humanos, violencia obstétrica, normalización, empoderamiento, *habitus* medico, parto respetado.

---

## **ABSTRACT**

Obstetric violence is one of the invisible violence due to its normalization within public and private security hospital centers; as well as in mainly private obstetricians' offices; where asymmetrical power relations are suffered by women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Conducts that eminently violates human rights.

In this sense, women in Mexico and specifically in the state of Hidalgo, are not aware of suffering obstetric violence during the care of their pregnancies, births and puerperium, despite suffering the consequences of such violence for a long time and in some cases of irreversible consequences such as sterility due to losing the womb, the loss of the product and, not infrequently, one's own life.

Consequently, the objective of this work is to investigate and justify the need to create a criminal offense on obstetric violence in the State of Hidalgo; to this end, it is necessary to carry out a brief analysis of the factors conducive to the normalization of this type of violence from a multidisciplinary perspective in order to be able to propose its classification, to make it visible by criminalizing the types of behavior that constitute obstetric violence, with the purpose of having a general prevention and in the particular case, a special prevention in this regard.

On the other hand, throughout the research we will address the theory of intersectionality, the triangle of violence and the theory of habitus from the perspective of obstetric and gender violence.

---

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo visibilizar como la violencia obstétrica se encuentra normalizada en el estado de Hidalgo, es decir, las mujeres desconocen ser víctimas de violencia obstétrica e incluso muchos de los médicos y personal de salud también desconocen ser violentos y niegan su existencia. El *habitus* médico; la falta de información y preparación de la mujer para el parto; la falta de empoderamiento e independencia de la mujer; la falta de infraestructura y espacio en los centros de salud, ya sean públicos y privados; la falta de políticas públicas a fin de hacer realidad la Norma Oficial Mexicana para la atención del parto; la falta de un procedimiento eficaz por el cual se prevenga, investigue, sancione y repare la violación de los Derechos Humanos, falta de divulgación e información para prevenir la violencia obstétrica, así como la explotación económica del cuerpo de la mujer, son factores preponderantes en la normalización de la violencia obstétrica, por lo cual creemos es necesaria su tipificación, con lo cual el personal de salud volteará sus ojos a este fenómeno y ayudará a prevenir su comisión; por lo cual se propone una reforma al Código Penal del Estado de Hidalgo a fin de crear un tipo penal específico para este tipo de conducta.

De acuerdo con lo anterior, en el primer capítulo abordamos, recopilamos y analizamos el estado del arte. En el segundo capítulo hacemos una referencia a todo el marco jurídico de protección de Derechos Humanos, desde el marco internacional y nacional, también hacemos referencia a la Norma Oficial Mexicana respecto al Parto Respetado y un breve análisis sobre la tipificación de la violencia obstétrica en las entidades federativas de nuestro país. En el tercer capítulo realizamos un análisis de la pertinencia de tipificar la violencia obstétrica desde una perspectiva social mediante una descripción de la situación de la violencia obstétrica en México y en específico en el Estado de Hidalgo, asimismo, nos referimos a las obligaciones internacionales de México para sancionar y prevenir la violencia obstétrica; en este capítulo también abordaremos la pertinencia de utilizar el derecho penal para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.

---

Finalmente en el capítulo cuarto, hacemos una serie de conclusiones importantes sobre el tema y realizamos una propuesta de solución al problema.

## **ANTECEDENTES**

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género la cual se ha normalizado, al grado de en ocasiones ser invisible para la propia víctima. Este tipo de violencia existe desde el momento en el cual la mujer dejó de ser protagonista de sus partos y comenzó a ser objeto de abusos, malas prácticas, humillaciones y mutilaciones. Esto sucedió en el Siglo XVII cuando muere María de Medicis durante el parto y sustituyen a la partera real francesa por el primer cirujano partero Julien Clement con quien se adoptó la posición horizontal para parir, por ser más cómoda para los médicos (Benito, E, 2005).

Desde ese momento la mujer se limitó a obedecer órdenes y a sufrir en silencio, lo consideró un castigo divino: *“«Tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará.» (Biblia de Jerusalén, 2006)*

A partir de este momento la violencia obstétrica comenzó a normalizarse, se volvió habitual cortar, amarrar, humillar, los médicos tomaron la batuta y se volvieron los protagonistas de los partos, incluso la mujer dejó de parir en la comodidad de su hogar y se trasladó a donde se encontrara el médico. Así se fue normalizando la violencia obstétrica, se fue desnaturalizando el proceso de parir y se volvió un proceso médico. A la par de la modernización del mundo, el proceso se mecanizó aún más, ser rasurada, cortada, acostada y anestesiada es lo común el día de hoy, si no dilatas con la rapidez exigida por la agenda de tu médico, en el mejor de los casos te inyectarán oxitocina o te harán una cesárea “de emergencia”. Es alarmante la cantidad de cesáreas programadas desde el quinto mes de embarazo, porque en la experiencia del médico, la paciente tiene las caderas muy estrechas, el bebé viene muy grande, etc, etc, etc.

Recuerdo el momento en el cual le platicué a mi abuela mi embarazo y mi deseo de tener tener un parto en agua, ella me dijo: “es una locura, debes someterte a la

---

experiencia del médico, a mi me han amarrado en mis cinco partos, debes obedecer al médico, porque él es el experto y tú no sabes nada de medicina”. Ella me citó el versículo de la biblia transcrito en líneas anteriores. El sólo imaginarme amarrada tratando de parir me aterró y comencé a investigar al respecto.

Venezuela fue el primer país en acuñar el término violencia obstétrica en su marco normativo en Marzo de 2007 mediante la publicación en la Gaceta Oficial de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Dicha ley protege el derecho a la vida, a la dignidad y la integridad física, psicológica, sexual y legal de las víctimas de violencia tanto en el ámbito privado como público; la igualdad de derechos para hombres y mujeres; la protección de mujeres, particularmente vulnerables a la violencia basada en el género; el derecho de las mujeres víctimas de violencia de recibir completa información y la asesoría apropiada de acuerdo a su situación personal, a través de los servicios, agencias u oficinas públicas, nacionales, estatales y municipales. Asimismo, dicha ley establece: la violencia en contra de las mujeres incluye cualquier acto sexista resultante en daños físico, sexual, psicológico, emocional, ocupacional, económico o en su patrimonio; coerción o arbitraria privación de la libertad, y la amenaza de ejecutar actos, ya sea en la práctica privada o pública.

La ley venezolana, define la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de la mujer por personal de salud y se expresa como trato deshumanizado, abuso de medicación y convertir el proceso natural en uno patológico, acarreado la pérdida de autonomía y la habilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos, su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de la mujer.(Pérez D’Gregorio, 2010)

El concepto de violencia obstétrica ha cobrado mayor relevancia en los últimos años al tener reportes y datos específicos sobre los sufrimientos padecidos por las mujeres durante el embarazo y parto. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) ha publicado sendos reportes sobre la violencia obstétrica, en el año 2015, GIRE definió la violencia obstétrica como una forma específica de violencia contra las mujeres, presentada en la atención obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio tanto

---

en instalaciones públicas como privadas. Esta violencia consiste en acciones u omisiones causantes de cualquier daño, ya sea físico o psicológico en la mujer y van desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negativa a otorgar tratamiento, el aplazamiento de la atención médica necesaria, indiferencia frente a reclamos o solicitudes, ausencia de información, uso de la mujer como instrumento didáctico sin ningún respeto, manejo de dolor como castigo, coacción para obtener consentimientos para utilizar prácticas médicas innecesarias o incluso la esterilización, etcétera.(GIRE, 2015)

## **JUSTIFICACIÓN**

En Hidalgo, en los últimos cinco años 188 mil 258 mujeres entre los 15 y 49 años tuvieron un parto o cesárea, de las cuales el 33.2 por ciento es decir 62 mil 584 mujeres sufrieron algún maltrato en la atención obstétrica, lo cual significa: 3 de cada 10 mujeres sufrieron violencia obstétrica (INEGI, 2021). Hidalgo ocupa la posición número 11 de las entidades con mayor incidencia de violencia obstétrica en nuestro país.

De acuerdo con ENDIREH, en Hidalgo la violencia obstétrica es más frecuente en las mujeres cuyas edades fluctúan entre los 25 y 34 años, con un 49.2%; el siguiente grupo etario serían las mujeres de entre 15 a 24 años con un 33.4%, el menor porcentaje de violencia obstétrica, lo encontramos en mujeres de entre 35 y 49 años de edad con un 17.94%. Por otra parte, 3 de cada 10 mujeres víctimas de violencia obstétrica, se autodescriben como mujeres indígenas.

Lo anterior, hace evidente en el Estado de Hidalgo, la constante violación de los derechos humanos tanto de las mujeres durante la atención médica en el embarazo, parto y puerperio; así como, de los recién nacidos. Sin embargo, la mayoría de las mujeres en el Estado, han normalizado el trato deshumanizado y violento sufrido durante su atención, por ello, desconocen sufrir violencia obstétrica, inclusive los trabajadores de la salud niegan su existencia; aunado a lo anterior, las personas con capacidad gestante no

---

cuentan con un procedimiento eficaz para acceder a la información y en caso de sufrir violencia obstétrica, poder tener acceso a la justicia en este rubro.

El interés principal de este trabajo es visibilizar la violencia obstétrica, porque la mujer en ese estado de alta vulnerabilidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, la acepta como normal y continúa sufriendola en silencio hasta después de dar a luz. Esta violencia debe ser erradicada y la mujer recuperar el control de su propio cuerpo para no ser vejado, expuesto como objeto didáctico o manipulado indiscriminadamente.

Las mujeres debemos recuperar de manera informada nuestra participación estelar en el parto, todas, debemos estar conscientes e informadas sobre la existencia de un parto respetado, humanizado y sin dolor.; es decir, cada mujer tiene un ritmo para parir y no requiere de medicación ni intervención obstétrica excesiva, porque el cuerpo de la mujer biológica y antropológicamente está preparado para parir; por lo tanto, efectuar tales acciones son perjudiciales para la salud física, mental y emocional no sólo de la mujer, sino también de su hijo e incluso del propio padre.

Para visualizar la violencia obstétrica, es importante analizar los factores propiciatorios a su normalización y justificar tanto social como jurídicamente la necesidad de tipificar las conductas constitutivas de violencia obstétrica, para estar en posibilidades de proponer el establecimiento de un tipo penal específico a fin de prevenir de manera general, visualizando este tipo de violencia de género.

Los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud y de todos quienes luchamos por erradicar la violencia obstétrica serán insuficientes si la violencia obstétrica continúa invisible, sin un procedimiento eficaz de acceso a la justicia por lo cual la mujer no puede exigir se respeten sus derechos o denunciar la violación de los mismos máxime si la víctima no es consciente de la violencia a la cual es sometida e incluso el perpetrador tampoco es consciente de su conducta violenta.

---

## **OBJETIVO GENERAL**

Investigar y justificar la necesidad de tipificar la violencia obstétrica en el estado de Hidalgo, a fin de visibilizarla y prevenirla de manera general y especial.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores propiciatorios de la normalización de la violencia obstétrica desde sus aspectos criminológicos para justificar su tipificación con base en ordenamientos internacionales y nacionales,
- Proponer su tipificación mediante una reforma al Código Penal del Estado de Hidalgo con base a la descripción típica del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La violencia obstétrica es una violencia invisible, estructural, normalizada, la víctima sufre, se siente incómoda, con miedo, pero no es consciente de sufrir violencia ni su agresor identifica la conducta como violenta. A pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de Salud, de encontrarse tipificada en seis estados de la república y aprobado recientemente en la Cámara de Diputados una reforma a la Ley General de Salud y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la violencia obstétrica sigue cobrando víctimas y las denuncias o quejas son escasas.

Las mujeres en labor de parto, sufren de mutilación, medicación innecesaria, insultos y vejaciones en la soledad de un quirófano o sala de alumbramiento o muchas veces no son atendidas, con lo cual se violan los derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad humana, a una vida libre de violencia, a la salud, a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la autodeterminación, etcétera; poniendo en riesgo su vida, su integridad física y emocional, así como la del recién nacido.

De los distintos estudios y perspectivas analizadas, se desprenden varios factores los cuales propician o facilitan la violencia obstétrica, la violación de Derechos Humanos y su normalización se pueden resumir en los siguientes:

---

El *habitus* médico; las normas religiosas; la falta de información y preparación de la mujer para el parto; la falta de empoderamiento e independencia de la mujer; la falta de infraestructura y espacio en los centros de salud, ya sean públicos y privados; la falta de políticas públicas a fin de aterrizar a la realidad la Norma Oficial Mexicana para la atención del parto; la falta de un procedimiento eficaz por el cual se prevenga, investigue, sancione y repare la violación de los Derechos Humanos, así como también factores económicos.

La normalización de la violencia obstétrica es el mayor obstáculo para erradicarlo, a nuestro parecer, aunado al hecho de no contar en la entidad con un procedimiento eficaz de acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia obstétrica, por lo cual es vital visualizar la violencia obstétrica y establecer un mecanismo para la defensa de los abusos a los cuales la mayoría de las mujeres, son sometidas durante la atención obstétrica, lo cual se logrará mediante la tipificación de las conductas constitutivas de violencia obstétrica, sirviendo de prevención general y visualización de la misma.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es necesario tipificar la violencia obstétrica en el estado de Hidalgo?

## **HIPÓTESIS**

Tipificar la violencia obstétrica desde una perspectiva de género y derechos humanos se vuelve necesaria en el estado de Hidalgo, para lograr una práctica médica de partos humanizados, con atención respetuosa y digna a la mujer gestante.

---

## MÉTODO

La presente investigación es de tipo de cualitativa (Morales, 2009) con un enfoque de Derechos Humanos la cual se realizará, mediante el método inductivo (Martinez, 1987) utilizando las siguientes técnicas de investigación: investigación bibliográfica, hemerográfica y en medios electrónicos (Rodríguez y Pérez 2017).

Además, se utilizará el método documental y analítico para discriminar documentos no relacionados con el tema abordado.

Posteriormente procederemos a realizar la investigación concreta a través del método jurídico sobre el marco legal de la violencia obstétrica en el ámbito Internacional y Nacional, a fin de determinar cómo se ha legislado y cómo se protegen los derechos humanos de la mujer embarazada. De igual manera, se utilizará el método descriptivo para referirnos a las distintas tipificaciones en las Entidades Federativas en las cuales se encuentra plasmada, abundaremos en el análisis del Estado de Veracruz, el cual nos parece ha desarrollado de mejor forma el marco jurídico para tipificar la violencia obstétrica.

Con toda la información recolectada se pretende acreditar la necesidad de establecer un tipo penal descriptivo de las conductas consideradas como violencia obstétrica a fin de auxiliar en la prevención general de su comisión y en su caso reprimirlo, una vez hecho visible este grave fenómeno, sobre todo con el personal de salud.

---

# CAPÍTULO I.- VIOLENCIA OBSTÉTRICA

## 1. Estado del Arte.

En la antigüedad las mujeres durante el parto tenían la libertad de confiar en su instinto, en su cuerpo, buscaban la posición más cómoda y menos dolorosa para parir, tenían libertad de movimiento durante el parto, escogían si deseaban estar acompañadas y por quién, e incluso algunas buscaban la soledad para parir, si tenían necesidad de beber o comer lo hacían, entendían la naturalidad del parto fisiológico.

Posteriormente, las mujeres mayores o más experimentadas generalmente ya madres, comenzaron a ayudar a sus hijas, hermanas, amigas, en el proceso de parir, con ello ganaron experiencia y comenzó una de las profesiones más antiguas, la de matrona, partera o ahora las llamadas doulas, quienes con el tiempo ya no sólo asistían a partos dentro de su núcleo familiar, comenzaron a acompañar a mujeres fuera de su círculo y se comenzaron a cobrar honorarios por el acompañamiento en el parto (Fenwick & Simkin, 1987).

Las pocas referencias antropológicas existentes sobre la posición elegidas por la mujer para parir colocan a la mujer de pie, de cuclillas, hincada o en sillas especiales, fue hasta el Siglo XVII cuando muere María de Medicis durante el parto sustituyen a la partera real francesa por el primer cirujano partero Julien Clement con quien se adoptó la posición horizontal para parir, por ser más cómoda para los médicos. (Benito, 2005)

Por otra parte, Ramírez (2014) describe como las mujeres han sido desterradas de sus propios cuerpos sobre todo en lo referente a la sexualidad y a la reproducción, desde el inicio de la cacería de brujas, la cual más bien fue un proceso para apropiarse de los cuerpos de las mujeres y demonizarlas, en especial a las comadronas o parteras y con eso se inició lo llamado la colonización del útero. En el siglo XIV, cualquier forma de anticoncepción, se asoció con la herejía, lo cual prevaleció por al menos dos siglos (Ramírez, 2014), y en mi particular punto de vista, persiste en algunas religiones y sociedades hasta nuestros días.

---

Todo lo anterior propició a medicalizar la atención del embarazo y del parto, pasando la atención del mismo de las parteras a las manos de los profesionales de la salud, patologizando el proceso y cambiando la intimidad del calor del hogar a la frialdad de los hospitales, donde a la mujer se le trata como a un enfermo más una vez ingresada a un hospital, donde además, la mujer asume los dictados sociales y las demandas de las instituciones, iniciándose la socialización también del recién nacido (Camacaro en Delgado de Smith, 2008). En los hospitales, se homogeniza a las gestantes para convertirlas en un número más estandarizando a todas las parturientas sin conocer sus individualidades.

La mujer dejó de ser protagonista de sus partos, se limitó a obedecer órdenes, a sufrir en silencio considerándolo un castigo divino: “«*Tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará*” (Biblia de Jerusalén, 2006). Se dejó cortar, amarrar, humillar, le arrebataron a su bebé sin poder verlo, para alimentarlo con una mamila con fórmula y le hicieron creer incapaz de alimentarlo con sus pechos. La mujer dejó de creer en su capacidad para parir, para controlar el dolor, para alimentar a sus hijos.

De esta manera, se fue desnaturalizando el parto y convirtiéndose en un proceso médico, por supuesto con algunas ventajas: se redujo notablemente la muerte maternal, se introdujo la asepsia y la anestesia, se salvaron muchas vidas con la práctica de cesáreas, sin embargo, se cortó la libertad de decidir, de estar informada, de estar acompañada, de ser escuchada, de deambular, de comer, de beber, de decidir si deseaba dar el pecho o la mamila. Se volvió un proceso mecánico ser rasurada, cortada y acostada y si no dilatada con la rapidez exigida por el mundo moderno, a recibir oxitocina en el mejor de los casos o someterla a una cesárea.

### **1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?**

Venezuela fue el primer país en acunar el término violencia obstétrica en su legislación, Pérez D´Gregorio (2010) realiza un estudio sobre el término legal violencia

---

obstétrica introducido en Venezuela en Marzo de 2007 mediante la publicación en la Gaceta Oficial de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. De acuerdo al autor, la ley protege el derecho a la vida, a la dignidad y la integridad física, psicológica, sexual y legal de las víctimas de violencia tanto en el ámbito privado como público; la igualdad de derechos para hombres y mujeres; la protección de mujeres, particularmente vulnerables a la violencia basada en el género; el derecho de las mujeres víctimas de violencia de recibir completa información y la asesoría apropiada de acuerdo a su situación personal, a través de los servicios, agencias u oficinas públicas, nacionales, estatales y municipales. Asimismo, dicha ley establece como la violencia en contra de las mujeres incluye cualquier acto sexista resultante en daños físicos, sexuales, psicológicos, emocionales, ocupacionales, económicos o en su patrimonio; coerción o arbitraria privación de la libertad, y la amenaza de ejecutar actos, ya sea en la práctica privada o pública. Define la violencia obstétrica como *“... la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la vida de las mujeres”* (Asamblea Nacional de La República Bolivariana de Venezuela, 2007).

El concepto de violencia obstétrica ha ido evolucionando. GIRE en su último reporte relacionado con la impunidad en materia de derechos reproductivos acuñó el siguiente concepto:

“La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación de derechos humanos”(GIRE, 2022).

Con esta evolución del concepto, debemos entonces incluir entre las víctimas de la violencia obstétrica no sólo a las mujeres, sino también a cualquier persona con capacidad de gestar como serían las personas transgénero, es decir, aquellas cuya identidad de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo asignado al nacer (Maffia et al., 2003). Para efectos prácticos de esta investigación,

---

nos referiremos como víctimas de violencia obstétrica a las mujeres en general, pero aclaramos, dentro de este rubro son víctimas también cualquier persona con capacidad para gestar.

La autora Gabriela Almonte García ( 2016) hace una diferencia también entre la violencia ginecológica y la obstétrica, y nos dice: la primera se da en el uso de servicios ginecológicos en cualquier fase de la vida de la mujer y la segunda se da en un periodo concreto durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por lo anterior, podemos acotar, la violencia obstétrica se presenta durante la atención médica en el periodo de embarazo, parto o puerperio.

Este es un tema imposible de tratar, sin la perspectiva de género. La mayoría de las investigaciones analizadas en relación a la violencia obstétrica y la estructura social de género propia del sistema patriarcal, tienen un tinte Foucaultiano e identifican la violencia obstétrica como una forma de poder disciplinario específico emergente como un mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad (Ramírez, 2014).

De acuerdo con Foucault (1980), todo ejercicio de poder conlleva una producción de saber, en la atención en el parto, los profesionales de la salud descalifican el conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo, transmitiendo un mensaje erróneo a la mujer de no saber nada en ese momento y en ese lugar, ni siquiera de sí misma. De acuerdo con Ana Prado Murrieta “la violencia obstétrica, debe de ser comprendida y explicada en clave de género, el parto es un evento representativo de la sexualidad femenina, tanto que algunos testimonios de mujeres que sufren violencia obstétrica con frecuencia la experimentan e interpretan como un evento equiparable a una violación”. (Murrieta, 2021)

Reforzando lo anterior, la violencia obstétrica se convierte en un conglomerado de disputas, simbólicas y reales por la asignación de roles de quien atiende el parto y las mujeres-madres únicas destinatarias de las malas prácticas médicas en la soledad de los consultorios de obstetras y salas de expulsión (Gaona et al., 2019, p:352).

---

La mujer en el momento de parir, en la soledad de un sala de expulsión, acostada, sin poder ver lo sucedido entre sus piernas, es anulada en su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella sólo se demanda su aceptación y obediencia, en el entendido de ser él, el médico quien posee el conocimiento, no la mujer (Ramírez, 2014) y ella acepta, porque siente, porque sabe, su vida y la vida de su hijo no nato, está en manos de quien atiende el parto.

La violencia se exagera cuando la mujer no desea la maternidad. Cuando las mujeres piden la realización de un aborto, son cuestionadas y obstaculizadas, también las mujeres deseosas de dar en adopción al producto se ven juzgadas y violentadas por el personal de salud quienes en ocasiones inclusive presionan a las mujeres parturientas, sin tomar en cuenta sus decisiones, a amamantar a los recién nacidos lo cuales ellas solicitaron no conocer ni cargar. (Magnone Alemán, 2016).

### ***1.2 Conductas consideradas violencia obstétrica.***

Almonte (2016) en su estudio “Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino”, nos dice, la violencia obstétrica puede ser física, la cual implica la manipulación del cuerpo femenino, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y alterar el proceso biológico de la mujer sin su autorización; o bien puede ser psicológica, violencia consistente en regaños, burlas, ironías, insultos amenazas, humillaciones, manipulación u ocultamiento de información, juicios de valor, negación al tratamiento e incluso utilizar a la mujer como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad.

Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera (2015), realizaron un estudio desde la perspectiva de la práctica médica-obstétrica hegemónica, mediante un estudio analítico, transversal en el cual analizaron algunas prácticas de rutina realizadas en la atención durante el parto, mediante el estudio de 160 embarazadas y concluyeron: de acuerdo a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de Venezuela, la aplicación de oxitócicos sin autorización, la episiotomía rutinaria (corte con

---

bisturí del perineo a fin de ampliar el canal vaginal), la estimulación de los pezones y la exploración del útero postparto, constituyen actos de violencia obstétrica.

Por su parte Vergara (2014) en su estudio sobre las víctimas de violencia obstétrica, realiza una muy completa lista:

“Entre las prácticas más comunes relacionadas a la violencia obstétrica se encuentran:

- Ser obligada a estar inmovilizada durante la labor y el parto.
- Ser amarrada / inmovilizada contra su voluntad.
- Aplicación de anestesia epidural u otros procedimientos sin consentimiento.
- Violencia verbal por parte del staff médico / enfermeras.
- Ser obligada a callar.
- Staff médico actúa como si la parturienta no estuviera presente, ignorando incluso sus preguntas y peticiones.
- Ser ridiculizada cuando se piden explicaciones.
- Presencia de múltiples extraños sin consentimiento durante la labor y/o parto.
- Filmar, tomar fotos u otros registros audiovisuales sin el consentimiento de la mujer.
- Inducción de parto y otras intervenciones sin consentimiento y sin informar riesgos y opciones.
- Realización de cesáreas innecesarias en contra de la voluntad y/o sin informar riesgos y opciones.
- Aplicación de intervenciones innecesarias en contra de la voluntad (enemas, rasurado).
- Impedir la presencia de un acompañante (esposo, doula, madre).
- Realización de episiotomía innecesaria sin informar los riesgos del procedimiento.
- Ignorar suplicas y realizar intervenciones dolorosas (cesáreas, histerectomías, suturas) cuando la anestesia no surte efecto.
- No detenerse cuando se realizan procedimientos dolorosos, innecesarios o violentos a pesar de solicitarlo (por ejemplo, tactos excesivos o muy dolorosos, ruptura de membranas).
- Ser separada del bebé por demasiado tiempo sin explicaciones.
- Interferir con la lactancia materna, no brindando información ni acompañamiento / dar biberones de glucosa al recién nacido en contra de la voluntad de la madre o sin informar.
- Ser amenazada legalmente (amenazar con demandas, retirar el bebé por medio de servicios de protección de la niñez, con tomar medidas penales contra la madre si esta no acepta el planteamiento del médico dado el caso de presentarse la muerte del neonato).
- Ser amenazada con ser la culpable de la posible muerte del bebé si no se accede a proceder como el médico lo indica, sin brindar opciones ni información completa.
- Ser víctima de esterilización sin consentir el procedimiento o sin ser informada.

- 
- Utilizar a la madre sin su consentimiento, como instrumento para la enseñanza a estudiantes de medicina de procedimientos dolorosos, riesgosos (para ella y el bebé) y/o innecesarios.
  - Ser maltratada, desvalorizada, humillada o tratada de cualquier forma indigna durante el embarazo por parte del staff médico / enfermeras.
  - Ser humillada por parte del staff médico en el posparto cuando se exige información sobre el parto.
  - Agresiones verbales de carácter sexual (chistes sexuales, comentarios sexuales, referencias negativas a la sexualidad de la mujer).” (Vergara, 2014)

Mención aparte merece la realización de cesáreas innecesarias. La Organización Mundial de la Salud, considera una cifra previsible y con niveles adecuados de atención obstétrica de emergencia entre un 5 al 15% de cesáreas, asimismo, el uso indiscriminado e injustificado de cesáreas, sobrepasan los beneficios de las mismas y transgreden los derechos reproductivos de las mujeres (Lamadrid-Figueroa, s. f.).

De acuerdo al Estado Mundial de la Infancia (UNICEF, 2021) en la actualidad México ocupa el 4º Lugar en el mundo en el número de cesáreas realizadas, con un 41% y sólo sobrepasados por Irán con un 55%, Paraguay con 46% y República Dominicana con 58 %.

La cesárea innecesaria es un problema multifactorial, se encuentra relacionado con razones socioculturales, económicas, demográficas. En la actualidad, la mayoría de los partos y las cesáreas sucedan en horas de oficina, programadas o inducidos mediante oxitocina sintética, lo cual no es casualidad. Las cesáreas innecesarias aumentan en los hospitales privados, en mujeres menores de 20 y mayores de 34 años, primíparas, en habitantes de áreas urbanas, con altos niveles de escolaridad y de estatus socioeconómico alto (Lamadrid-Figueroa, s. f.) donde se programan desde el quinto mes de gestación argumentando si la mujer no es de caderas anchas o es muy joven o muy añeja o bien tiene sobrepeso o no se cuidó durante el embarazo, lo cual también es violencia obstétrica porque introyectan culpa en la mujer de no poder lograr un parto natural por razones atribuibles a ellas. Un parto natural tiene un menor costo, tanto en el sector público (donde el estado cubre los gastos) como en el sector privado (donde el paciente absorbe el costo), aun así las cesáreas innecesarias aumentan justificándolas con la rapidez del procedimiento y la sobredemanda de los hospitales, el costo de acuerdo con información del IMSS para el año 2012 indica el costo de un parto vaginal

---

con dos días de hospitalización en promedio en \$17,400 pesos mientras una cesárea \$21,600 pesos (Murrieta, 2021).

Ana Prado Murrieta, nos dice: el incremento de cesáreas en México está relacionado con las ganancias económicas devengadas por los hospitales privados. En el Centro Médico ABC, ofrecen un paquete denominado Diamante, parto normal o convencional, parto en toco-cirugía con anestesia: \$43,000.00 (Cuarenta y tres mil pesos 00/100 M.N.) y un paquete de cesárea con dos noches y dos días la cantidad de \$61,000.00 (Sesenta y un mil pesos 00/100 M.N.) donde se puede apartar el paquete para congelar el precio desde el tercer mes de embarazo (Centro Médico ABC, 2022), periodo en el cual es evidentemente imposible predecir si tendrá una necesidad de una cesárea, la cual se debe entender sólo se debería realizar en caso solamente de una emergencia, cuando corra peligro la vida de la madre o del bebé, no porque se quiera escoger el día y la hora del nacimiento a fin de encuadrarlo en días y horas laborables. Lo anterior implica mayores ganancias para los hospitales (lo cual se encuadra en violencia institucional) y para los médicos, quienes lucran con el cuerpo de las mujeres para obtener mayores ganancias en un menor tiempo (Murrieta, 2021).

### **1.3. Víctimas de violencia obstétrica**

El término víctima se utilizó por primera vez en un tratado internacional en 1985 en la Declaración Sobre Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder en la cual se definió como: *“(..) las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas y mentales o sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los estados miembros, incluido el abuso de poder” (Organización de las Naciones Unidas, 1985).*

Por su parte, la Ley General de Víctimas de nuestro país, establece:

---

“Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas que directamente hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesiones a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte.

“Los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y toda persona que de alguna forma sufra daño o peligro en su esfera de derechos por auxiliar a una víctima son víctimas indirectas.” (Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2013)

La maestra Gaona nos dice “(...) no existe una persona con mayor vulnerabilidad por sus propias condiciones, que una mujer gestante, parturienta o pos parturienta (...) (Gaona et al., 2019, p: 353), dicha vulnerabilidad es agravada por la violencia obstétrica. También, en la violencia obstétrica el personal médico mira y trata a la mujer como objeto de intervención y no como una persona con derechos; actualizando con ello la violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente, los sexuales y reproductivos (Gaona et al., 2019, p: 351 y 352).

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (INEGI, 2016), 8.7 millones de mujeres tuvieron al menos un parto entre octubre de 2011 a octubre de 2016, de las cuales el 33.4% de las mujeres es decir, 2.9 millones de mujeres sufrieron algún tipo de maltrato por parte quienes las atendieron en el parto; sin embargo entre diciembre de 2012 y septiembre de 2017 solo se presentaron 684 quejas por violencia obstétrica ante Órganos Internos de Control de Instituciones de Salud Federal, 867 quejas ante órganos internos de control de instituciones de salud locales, 11 quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1,109 quejas en las comisiones locales de derechos humanos y 567 quejas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos y sólo 8 denuncias penales a nivel nacional.

En la misma encuesta publicada en 2022 (INEGI, 2021) se reportó una prevalencia nacional de maltrato durante la atención obstétrica en los últimos cinco

años (2016– 2021) del 31.4% con una mayor prevalencia en San Luis Potosí con un 38.9%, Tlaxcala con un 38.5% y Ciudad de México con un 38.5% pero aún en los estados con menor prevalencia los porcentajes son alarmantes, por ejemplo en Tamaulipas es del 25.4%, en Tabasco del 24.4% y en Chiapas del 18.8% además se reportó una alta vulnerabilidad en las mujeres más jóvenes con una edad entre 15 a 24 años y con un porcentaje de 35.5%, seguidas por el grupo de mujeres entre los 25 y 34 años de edad con un 31.4% y finalmente las mujeres entre 35 y 49 años de edad con un 25.8%. Las conductas reportadas por esta encuesta son las siguientes:

**Tabla 1.**

<b>Conducta</b>	<b>Porcentaje</b>
Le gritaron o la regañaron	11%
La presionaron para aceptar un dispositivo anticonceptivo o cirugía para ya no tener hijos.	9.7%
La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé	9%
No dio el permiso o autorización para la realización de una cesárea.	8.6%
No le informaron de manera comprensible para ella por qué era necesario hacer la cesárea.	8%
Se tardaron mucho tiempo en atenderla como castigo por gritar o quejarse mucho.	8%
La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta.	7.2%
Le dijeron cosas ofensivas, humillantes o denigrantes	6.4%
Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as)	4.3%
Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones	3.8%
Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin informarle el motivo de la tardanza.	2.5 %
La obligaron o la amenazaron para firmar algún papel sin informarle el motivo del mismo.	1.4%
Le pellizcaron o jalnearon	1%

Conductas reportadas en la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares ENDIREH (INEGI, 2021).

Por otra parte, no sólo las mujeres son víctimas de violencia sino toda la familia completa, el padre y por supuesto el producto. Barbara Harper en su libro “Opciones para un parto suave” escribe sobre como las conductas inadecuadas y los procedimientos

---

innecesarios roban a la madre, a la bebé y a su familia la oportunidad emocional y espiritual de reforzar y crear lazos a través de la experiencia de un parto respetado. Adicionalmente, la intervención en el proceso natural del parto interrumpe procesos hormonales importantes tanto en la madre como en el menor los cuales son de suma importancia para la mujer para enfrentar el postparto. El cúmulo de hormonas segregadas por la mujer al iniciar el proceso de parto, tienen muchas funciones vitales para ella misma y el recién nacido, por citar algunas, las betaendorfinas liberan prolactina, hormona cuyo propósito es terminar de madurar los pulmones del bebé y comenzar la secreción de la leche materna; la oxitocina, también es necesaria para la secreción de la leche materna y las endorfinas liberadas tanto por la madre como el bebé los impregnará de una especie de opiáceos, los cuales generarán un apego o vínculo entre ellos, y evitarán un rechazo al bebé, así como disminuirán las posibilidades de una depresión postparto. Adicionalmente el uso de oxitocina sintética interfiere con la segregación natural de la misma hormona, inhibiéndola, lo cual es muy perjudicial tanto para la madre como para el producto, en virtud de ser, como ya mencionamos, esta hormona la detonante de conductas de apego, lactancia y ser crucial en los mecanismos relacionados con el amor, la empatía y el placer (Harper, B, 2005).

De acuerdo a Michel Odent destacado médico y en su obra: “Childbirth and the future of Homosapiens” (2013), la primera hora de vida del neonato es fundamental para formar el sustento de la identidad de la persona, su percepción durante esta hora moldea su actitud frente a la vida y al mundo, si su bienvenida es amorosa, apacible, cálida, silenciosa y contenida y se le permite reposar sobre el vientre de su madre, mientras se absorbe la sangre del cordón umbilical, el cual contiene células madres, las cuales le auxiliarán a establecer un sistema inmunitario fuerte, y se hace la transición de la oxigenación a través del mismo cordón a su sistema respiratorio, cuando esté preparado, reptará hasta los pechos de su madre para buscar el primer alimento, lo único necesario en ese momento es la paz, el calor y el alimento del cuerpo de su madre.

Michel Odent, nos hace reflexionar sobre un escenario contrario en donde un bebé de 39 semanas de gestación y al cual se le ha programado una cesárea porque el médico

---

de su madre tiene un congreso la próxima semana y no estará para asistirle, en donde no tiene ninguna descarga hormonal la cual corone la maduración de sus pulmones, no hay impulso hormonal indicador del momento del nacimiento, se encuentra dormido y de repente una luz cegadora del quirófano lo despierta, lo han sacado del vientre de su madre, le han cortado el cordón umbilical y no se dio el apacible tránsito de la oxigenación a través del cordón a su propio sistema respiratorio, por lo cual no puede respirar, está morado, no recibe aire y un médico lo cuelga de cabeza y le da una nalgada para provocarle el llanto y forzar la respiración, le meten una perilla en la nariz para aspirarle la mucosa, lo manipulan bruscamente, le restriegan un paño húmedo para quitarle la capa blanca con la cual se encuentra recubierto (vérnix caseosa), lo envuelven en una manta y a lo mucho lo acercan a la cara de su madre para conocerlo, se lo llevan al cunero y le meten una mamila la cual le afectará el sistema digestivo y probablemente cause severas alergias alimentarias. Va a pasar la primera de su vida sólo, en un cunero, llorando en total abandono, mientras a su madre la cosen, se le pasa la anestesia y la suben a piso, también sin ningún estímulo hormonal el cual es imprescindible para sobrepasar el parto y el postparto, cuando esté despierta y quiera lactar, le va a ser muy difícil, se sentirá impotente, frustrada, adolorida y le costará trabajo establecer un vínculo con su hijo. La mujer a quien se le ha realizado una cesárea no pasa por el entramado de segregaciones químicas las cuales la ayudaran a sobrellevar las larga noches de los primeros meses, el amamantamiento y a recuperarse con mayor rapidez del parto, lo cual puede propiciar una depresión postparto y un posible rechazo al recién nacido (Odent, Michel, 2002). El rechazo del recién nacido y complicaciones en el embarazo en las cuales podríamos incluir el sufrir violencia obstétrica durante el parto, han sido relacionadas en diversos estudios con comportamientos criminales en la adolescencia y la adultez (Raine et al., 1994).

Las personas con alguna discapacidad, enfrentan mayores violaciones a sus derechos humanos relacionados con la salud reproductiva, las mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial, frecuentemente son forzadas a abortar por considerarlas incapaces para ser padres debido a su discapacidad o bien les imponen métodos de

---

anticoncepción temporal y es el grupo más vulnerable a ser sometidas a una esterilización forzada e incluso en la NOM-005-SSAA-1993 “De los servicios de planificación familiar” se encuentra el retraso mental como un indicador para la esterilización, lo cual es violatorio de los Derechos Humanos reconocidos en la Constitución y en la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, en virtud de establecer la limitación de las mujeres con discapacidad mental a reproducirse (GIRE, 2022).

Otra de las formas en las cuales se manifiesta la violencia obstétrica es el impedir a la mujer encontrarse acompañada durante el trabajo de parto o la cesárea, con esta violación a sus derechos humanos, también se viola el derecho del padre del bebé a asistir al nacimiento de su hijo. La Organización Mundial de la salud, aconseja la presencia del padre no sólo durante el parto, sino también durante las consultas de atención durante el embarazo y el puerperio, a fin de involucrarlos en ejercer su paternidad, siempre respetando los derechos reproductivos de la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2010). Destacamos, el involucramiento del hombre, pareja o padre del bebé, no debe sobre pasar los derechos sexuales de la mujer, hemos encontrado casos en los cuales, los médicos se niegan a realizar procedimientos médicos solicitados por la mujer como la esterilización si no cuentan con la autorización del esposo, quien no tiene ningún derecho en decidir sobre el cuerpo de la mujer, esta decisión sólo le comprende a ella y las autorizaciones para realizar procedimientos médicos sólo deben otorgarse por otra persona, cuando la mujer no se encuentre en condiciones de otorgarla y se trate de una emergencia.

Ibone Olza, destacada psiquiatra y con múltiples estudios sobre el tema, habla sobre los traumas y secuelas ocasionados en el terreno de la psique por el trato violento durante el parto, evidentemente afectan principalmente a la mujer, sin embargo, también los profesionales sanitarios están igualmente traumatizados por la forma de trabajo tan deshumanizada, las enfermeras se pueden sentir impotentes e incapaces de evitar la violencia obstétrica y cita a Beck & Gable quienes realizaron un estudio en el cual el 26% de las enfermeras obstétricas cumplían todos los criterios diagnósticos para un screening

---

positivo como TEPT (Trastorno de estrés postraumático) por haber presenciado partos abusivos de los cuales se sintieron cómplices o tuvieron la sensación de haber presenciado una violación, dichas enfermeras refieren sentirse culpables y haber fallado a sus pacientes por no detener o cuestionar a los obstetras (Olza, I., 2013).

Fortaleciendo lo anterior Magnone (2016) refiere a otras víctimas de la violencia obstétrica además de las mujeres, como sus parejas, los recién nacidos y a las personas quienes buscan poner en práctica el modelo de humanización del parto como parteras, dulas, instructoras de parto psicoprofiláctico y de lactancia así como también médicos y enfermeras las cuales se han desmarcado del dispositivo ginecobstétrico, quienes también son insultados y atacados por el sistema e incluso castigados, por lo cual el mismo autor sugiere generar cambios en las estructuras de poder institucionales debido al habitus médico cuyo tema será motivo de otro tema en el presente trabajo.

#### ***1.4. Factores propiciatorios de la violencia obstétrica.***

Abuya et al (2015) desde la perspectiva médica realizaron un estudio sobre la falta de respeto y el abuso durante la labor de parto en 13 facilidades médicas en Kenya, mediante la entrevista postparto. La falta de respeto y el abuso no es sólo una cuestión de Derechos Humanos si no también una cuestión de equidad de género y de salud pública y el trato digno y respetuoso a la mujer ayuda a mejorar la calidad de la atención médica de la madre y del bebé, concluyeron.

Binfa et al (2016) llevaron a cabo un estudio en siete hospitales regionales de Chile, aplicando un modelo integrado de servicios humanizados, participaron 1882 mujeres en labor de parto atendidas por parteras y médicos, con el objetivo de medir: 1) los procesos de atención de las parteras y la percepción de bienestar de las madres durante la labor de parto y el nacimiento y 2) explorar las percepciones de las mujeres, de las parteras y de los médicos en relación con las diferencias entre las directrices nacionales y la práctica real. Los resultados indicaron falta de infraestructura para la participación de la familia en el nacimiento, un inadecuado entrenamiento y orientación de las directrices nacionales

---

para la práctica obstétrica y falta de preparación en las madres para el parto. Lo anterior, nos indica la importancia de los siguientes aspectos: contar con la infraestructura necesaria, la información y entranamiento de los médicos y enfermeras sobre la atención respetuosa, así como la preparación física y psicológica de la madre para parir; los anteriores, son vitales para el éxito de la aplicación de políticas públicas y de las normas y directrices sobre parto respetado.

En el proyecto USAID-TRAction, Bowser y Hill (2010) realizaron una revisión de la evidencia de falta de respeto y abuso en la atención de nacimientos. En su estudio identifican siete categorías de abuso a las mujeres durante el parto, las cuales van desde la sutil humillación, discriminación contra ciertos subgrupos de mujeres, humillación, abandono explícito de la atención, atención médica no consentida, falta de privacidad, atención indigna, detención en instalaciones médica y abuso físico y verbal durante el parto. Sostienen, la autonomía y empoderamiento de la mujer mejoran las opciones para el parto, por ejemplo ser entrenadas por un acompañante de parto, tener atención prenatal o tener mayor libertad de movimiento. En cambio, las mujeres dependientes completamente de sus maridos o sus suegros reciben atención médica tardía, al ser ellos quienes toman la decisión de ir a un centro de salud y el momento de hacerlo.

Por su parte, Colomar et al (2014) exploraron las actitudes de los médicos obstétricos tanto en el sector público como en el privado y el nivel de tendencia hacia realizar cesáreas en Nicaragua; mediante un estudio cualitativo conducido en cuatro grupos con 17 médicos y nueve entrevistas profundas con los encargados de tomar decisiones. Los participantes del estudio enlistaron muchas ventajas del parto vaginal y desventajas de los nacimientos por cesárea, sin embargo, los participantes argumentaron sobre la relación entre el incremento en el número de nacimientos por cesárea y la reducción en la tasa de morbilidad perinatal y mortalidad en Nicaragua. Como resultados identificaron cinco acciones necesarias para la reducción en el número de cesáreas innecesarias: 1) el establecimiento de normas y protocolos; 2) la preparación de las mujeres y sus familias para el trabajo de parto; 3) la incorporación de sistemas de seguimiento y auditoría en las actividades de aseguramiento de la calidad de los establecimientos de salud; 4) el

---

fortalecimiento y promoción del movimiento del parto humanizado y 5) promover desde la comunidad intervenciones para educar a las mujeres y las familias sobre los beneficios del parto vaginal. De acuerdo a lo anterior, gran parte de la problemática de la violencia obstétrica se encuentra en la falta de información tanto de los médicos, parteras, así como de la mujer y la familia.

Por otra parte y de acuerdo a Terán et al (2013) a mayor nivel educativo se puede observar menor frecuencia de percepción de la práctica de procedimientos sin consentimiento. Probablemente, al tratar con pacientes de mayor preparación, el personal médico se sienta más cómodo explicando los procedimientos y al tratar con pacientes de bajo grado de instrucción, erróneamente toma una actitud paternalista en la cual deciden por la paciente sin considerar su opinión. Actitudes como esta deben ser evitadas a toda costa. Debemos insistir en la necesidad de explicar, en términos sencillos, pero basados en la evidencia, todos los aspectos relacionados con la atención de cada paciente en particular, independientemente de su edad, condición social, grado de instrucción o tipo de atención (Terán et al., 2013).

Barbara Harper (2005) define los elementos con los cuales debe contar un parto suave: apoyo de los seres queridos, ambiente apacible y tranquilizador y el mínimo de intervención médica. Muestra cómo planificar un parto significativo y familiar y analiza las muchas y diversas alternativas disponibles, incluyendo el dar a luz en un centro de alumbramiento independiente, en casa o en el hospital; la búsqueda de la persona indicada para los primeros auxilios, quien debe compartir la filosofía de la mujer acerca del parto, ya sea una partera, un doctor o ambos; y la decisión de cuál de las tecnologías actuales es la mejor. La autora aporta un nuevo modelo de maternidad reduciendo la necesidad de intervención de alta tecnología y se enfoca en cambio en la preparación y la buena salud de la madre y el bebé.

Hadjigeorgiou, Kouta, Papastavrou, Papadopoulos, & Martensson, (2012) realizaron una síntesis crítica de artículos publicados en idioma inglés, enfocado en los datos recolectados durante el embarazo, el parto y el post parto sobre las preferencias de las mujeres del lugar donde parir, en dicho estudio se recolectó considerable evidencia

---

sobre mujeres alrededor del mundo quienes desean ejercer sus derechos y tomar decisiones informadas acerca del lugar donde parir. El modelo médico, permanece fuerte e influencia las decisiones de las mujeres en muchos países. El sistema de parteras ofrece opciones para las mujeres de lugares para parir, mientras las políticas y cultura de algunos países afectan la práctica de las parteras. Percepciones de seguridad moldean las decisiones de las mujeres y la autonomía de las mujeres facilita tener opciones de lugares donde parir. Estos descubrimientos de acuerdo a los autores pueden ser vistos como un reto para los profesionales de la salud y quienes definen las políticas para mejorar el cuidado perinatal basado en las necesidades de las mujeres.

Hazard (2015), afirma ser testigo de como la falta aprendida de empoderamiento de la mujer y la falta de conocimiento acerca de su derechos y responsabilidades tanto de las madres como de los proveedores de cuidados médicos y del Estado en el contexto del embarazo y el parto se da tanto en naciones ricas como pobres. La autora ejemplifica el caso de Australia donde a su parecer el brazo duro del estado intenta someter a las mujeres desafiando los límites del sistema de maternidad y también de cualquier persona cuyo propósito sea ayudarlas y se pregunta si esta es una ruta al empoderamiento de la mujer o a la vulnerabilidad.

Lundgren (2010), describe las experiencias de las mujeres quienes fueron acompañadas por parteras durante el alumbramiento. El autor realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas a 9 mujeres entre 15 y 40 años durante los ocho meses siguientes al parto, quienes recibieron cuidado prenatal en una clínica especial para madres solteras en Gothenburg, Suiza. De acuerdo a los resultados obtenidos, el rol de la partera permanece entre el cuidado natural y el profesional, pero se está perfilando a su profesionalización. Las parteras se vuelven mediadoras en la vida humana y lo desconocido y son de gran ayuda a las mujeres para ejercer su papel en el nacimiento, más allá, la partera es una entrenadora quien ayuda a las mujeres a creer en su capacidad para dar a luz. El cuidado durante la maternidad debe ser reorganizado a fin de otorgar a las mujeres la oportunidad de acceder a cuidados y apoyo constantes de acuerdo al autor.

---

Moyer, Adongo, Aborigo, Hodgson, & Engmann (2014) exploran las actitudes de la comunidad y de los proveedores de servicios de salud sobre el maltrato durante el alumbramiento en el norte rural de Ghana y compara sus resultados con los siete derechos fundamentales de *The White Ribbon Alliances* para las mujeres en el parto. Como parte del estudio se entrevistaron a 128 participantes de la comunidad incluyendo madres con recién nacidos, abuelas, cabezas de familia, curanderos tradicionales, parteras y líderes comunitarios. Los entrevistados reportaron abuso físico y verbal, negligencia y discriminación, además de lo cual se identificó otra categoría de maltrato identificado como la negativa de las prácticas tradicionales, lo cual disuade a las mujeres a buscar facilidades médicas para el alumbramiento. Según las conclusiones de los es necesario dirigir y corregir el problema, asegurando la recepción de atención puntual, profesional, libre de prejuicios y de alta calidad en el cuidado materno a cualquier mujer asistente a una facilidad médica.

Pickles (2015), examina la falta de respeto, el abuso y el violento cuidado maternal sufrido por muchas personas sudafricanas. La autora identifica esta conducta como una violación a los derechos humanos y argumenta, el abuso intencional en el cuidado materno debe ser catalogado como violencia obstétrica y debe ser criminalizado, con lo cual estoy de acuerdo, cualquier abuso, sea intencional o no debe ser catalogado con dicho carácter, aunque muchos de los abusos son ya mecánicos por su normalización y no intencionales. Pickles (2005) pone como ejemplo y como punta de lanza en materia de criminalización de la violencia obstétrica a Venezuela y a México y opina la obligación de Sudáfrica de desarrollar un marco legal basado en la experiencia de Latinoamérica adoptado a la posición única de las embarazadas en Sudáfrica. Reconocemos el esfuerzo legislativo en México a fin de criminalizar la violencia obstétrica y de proteger los derechos humanos, pero de acuerdo a los datos duros en nuestro país dista mucho de ser modelo para otros países.

En contraposición, Regina Tamés (2014) realiza un estudio de la violencia obstétrica en México, en el cual afirma, la violencia obstétrica existe desde el cambio de la costumbre de parir en casa a asistir a un centro de salud, lo cual constituyó un cambio

---

de paradigma institucionalizando el parto y éste, dejó de ser natural y se convirtió en una práctica médica donde se trastocaron protagonismos entre las parteras y los médicos y quedó en un último término el papel de la mujer en el parto. Tamés (2014) cita a la declaración de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la cual ha declarado la necesidad de empoderar a la mujer para reivindicar sus derechos y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad materna, es decir, las mujeres deben volver a ser agentes activas en los partos. Continua la abogada y activista afirmando, la violencia obstétrica debe analizarse desde varios ángulos principalmente desde los derechos humanos y la justicia reproductiva. De acuerdo a Tamés, desde la perspectiva de justicia reproductiva, afirma la autora es indispensable incluir en la defensa de los derechos reproductivos no sólo la posibilidad de decidir el número de hijos y su esparcimiento por parte de las mujeres sino también el trato recibido durante la labor de parto y el alumbramiento. Destaca los avances en materia de normatividad y criminalización de la violencia obstétrica en Argentina, Venezuela y México y como dichas leyes se centran en informar a las mujeres de todo lo necesario para poder tomar decisiones durante el embarazo, parto y postparto, así como del trato digno durante la atención obstétrica, considerando los aspectos culturales y evitando la medicación innecesaria. El artículo en comento, constituye la introducción del informe realizado por GIRE (2015), en ambas publicaciones se externa la postura de GIRE en contra de la penalización de la violencia obstétrica: *“la penal no es una vía idónea para evitar prácticas de violencia obstétrica ya que predispone a los médicos y no promueve un cambio de mentalidad ni de políticas públicas sobre parto humanizado”*. Postura con la cual no estoy de acuerdo, es necesario adoptar medidas a fin de cumplir con las directrices de la OMS, los avances normativos en la materia han sido adecuados, el problema radica en la aplicación de la norma y su eficacia. Gire (2015) propone la rendición de cuentas como la opción para lograr la efectividad de la ley y pone de ejemplo los mecanismos de otros sistemas de protección de Derechos Humanos y del sistema europeo.

Como ya indicamos en líneas anteriores, el artículo antes citado constituye la introducción al informe realizado por la asociación Grupo de Información en

---

Reproducción Elegida, A.C. GIRE (2015) informe muy completo el cual va desde la conceptualización de la violencia institucional, la violencia de género; la violencia obstétrica desde un marco de derechos humanos analizando las obligaciones de Estado mexicano y los principios de los derechos humanos de acuerdo con la Constitución. Categoriza los derechos en riesgo en situaciones de violencia obstétrica y además realiza un análisis de la problemática estructural del Sistema Nacional de Salud. Comenta el marco normativo mexicano, tal como la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, las leyes locales de acceso a una vida libre de violencia, normas de política pública como la Nom 007 y el Convenio Interinstitucional para la Atención Universal de las Emergencias Obstétricas. Asimismo, realiza una comparación del tratamiento de la violencia obstétrica en Venezuela y Argentina. Expone datos duros proporcionados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Comisión Nacional de Derechos Humanos y las estatales sobre denuncias por negligencia médica, malos tratos y violencia obstétrica y sobre los juicios penales en México por el delito de violencia obstétrica entablados en el año 2015. En el informe se incluye un estudio de la reparación integral del daño por violaciones a derechos humanos en caso de violencia obstétrica y describe los casos de mujeres y niñas víctimas de violencia obstétrica a quienes la asociación ha acompañado y de los cuales, dieciséis han sido registrados, seis documentados y seis litigados o en litigio. El informe concluye con las siguientes recomendaciones: no reformar los códigos penales de las entidades federativas para incluir la violencia obstétrica como un delito; reformar los Códigos Penales locales de Veracruz, Chiapas y Guerrero a fin de eliminar el delito de violencia obstétrica, publicar la nom 007 SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (la cual ya fue publicado en abril del 2016); identificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y de género reconocida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y en las leyes locales para erradicar su práctica; garantizar el acceso universal de las mujeres a los servicios de salud obstétrica, particularmente en trabajo de parto; promover el conocimiento de los derechos de las mujeres embarazadas y en trabajo de parto, a fin de reconocer su voluntad y garantizar la prestación de los servicios de salud con su

---

consentimiento informado; fortalecer los sistemas de quejas y de contraloría interna en los hospitales donde se atienden partos, para favorecer el acceso a la justicia en casos de violencia obstétrica; garantizar el acceso a la justicia y la reparación integral a las víctimas de violencia obstétrica de acuerdo con los estándares más altos de derechos humanos y se tomen en cuenta las peticiones de las víctimas, dando seguimiento al cumplimiento de dichas recomendaciones; fortalecer los mecanismos de queja ante la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), eliminando obstáculos y facilitando el acceso a resoluciones de acuerdo con los estándares de derecho humanos.

Gire ha seguido publicando estudios con relación a la violencia obstétrica, en el más reciente publicado en alianza con Impunidad Cero, el cual ya mencionamos en párrafos anteriores en relación a la conceptualización inclusiva la cual toma en cuenta a todas aquellas personas transgénero quienes también son víctimas de abusos durante la atención médica ginecológica y obstétrica, destaca la impunidad sistemática y falta de acceso a la justicia sufrida por las víctimas de violencia obstétrica y asegura “es necesario fortalecer las capacidades de las instituciones de justicia y vincularlas a procesos de rendición de cuentas (GIRE, 2022)

#### **1.4.1. El habitus médico**

Pierre Bourdieu nos dice “los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia produce *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones”(Bourdieu, 2007). Es decir el habitus es un conjunto de disposiciones adquiridos por una persona al interactuar con un grupo social, ya sea la familia o la escuela, el trabajo, los cuales va a reproducir de manera sistemática y subconsciente cuando entra en contacto con las mismas estructuras sociales (Akal, 2017).

Por su parte, Castro a partir del concepto de Pierre Bourdieu, en su artículo “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, nos presenta los

---

resultados de un estudio desde la perspectiva sociológica en el cual se observó por 256 horas a médicos en salas de labor y parto en varios hospitales públicos y entrevistado a 14 grupos focales de estudiantes de medicina, internos, residentes y ginecobstetras de cuatro estados de México; la revisión de 153 recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y de las comisiones estatales de Derechos Humanos, así como las conciliaciones realizadas en la materia ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y nos dice: el habitus médico es el origen social del autoritarismo el cual lleva a los prestadores de servicios de salud a violar los derechos de las mujeres y lo define como “el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico”. Castro resalta, estas predisposiciones las adquieren los médicos durante la formación recibida en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza a través del conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera) vivida en carne propia o atestiguada durante sus estudios por los jóvenes en formación y los cuales recrean todos los días en la práctica profesional (Castro, 2014).

Según Casas Patiño et al ( 2010), el habitus médico institucional se crea a través de la práctica médica y a su vez el habitus médico sirve para unificar y generar la práctica médica actual y afirma, la economía-política va de la mano con las políticas de salud y en consecuencia se ha marginado a la medicina institucional para someterla un modelo médico-hegemónico-estatal rebasado por la expectativas de la población y se ha generado una sobresaturación en la demanda de los servicios de la salud y la proletarización de la medicina. La medicina institucional tiende a su extinción si continua el fenómeno de mercantilización-progreso enmascarada en la medicina privada la cual se vende como la panacea y más bien es una esfera lucrativa contraria a lo público por la supremacía del mercado (Casas Patiño et al., 2010). Estas reflexiones nos indican como los mismos médicos advierten la existencia de una crisis en la atención médica, en la cual se privilegia el lucro sobre la atención de los pacientes sobre el juramento socrático

---

realizado por todos los médicos, el cual va quedando en el olvido conforme la cuenta del banco va creciendo.

#### **1.4.2. La invisibilización de la violencia obstétrica.**

Rodríguez y Martínez publicaron un artículo analizando la violencia obstétrica como una práctica invisibilizada en España y afirman “la violencia obstétrica es una violencia estructural e institucional que emana de una cultura patriarcal que afecta a diversos ámbitos, incluyendo las ciencias médicas”(Rodríguez, J. & Martínez, A., 2021). Asimismo, los autores antes citados, después de realizar desde su perspectiva filosófica un estudio de diversos artículos publicados en el mundo de habla hispana, destacan el síndrome de burnout (desgaste profesional) de los profesionistas de la salud, puede tender a deshumanizar a las mujeres y a afectar la relación médico-paciente y la existencia de una tremenda desinformación tanto en los profesionales de la obstetricia y la ginecología, ellos mismos expresan la falta de herramientas para hacerle frente, por lo cual propone la creación de ámbitos a fin de fomentar el dialogo e intercambio de percepciones y perspectivas entre las mujeres y los profesionales de la salud y visibilizar la violencia obstétrica (Rodriguez, J. & Martinez, A., 2021). La vulnerabilidad de la mujer durante el desarrollo del embarazo, el parto y el posparto, desde luego es un ámbito determinado y agravado por la violencia obstétrica, la cual hoy por hoy se encuentra invisibilizada para la mayoría de las mujeres por considerarla algo normal (Rodriguez, J. & Martinez, A., 2021).

Primeramente, Johan Galtung nos dice: la violencia puede “ser vista como una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, *eudaimonia*, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también es una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas”(Galtung, 1990). El “Triangulo de la Violencia” de Johan Galtung nos es de gran ayuda para entender los conceptos utilizados por Rodríguez y Martínez, antes citados. Johan Galtung establece en el triángulo de la violencia una relación entre los tres tipos de violencia, la cultural, la estructural y la directa (Galtung, Johan, 1990).

---

Galtung define a la violencia cultura como “cualquier aspecto de una cultura que pueda ser utilizada para legitimar la violencia en su forma directa o estructural”. García (2018) parafraseando a Galtung, dice, la violencia cultural es de tipo simbólico y se encuentra en obras de arte, ciencia, religión, es decir en todas las manifestaciones culturales.

García continúa explicando la violencia estructural a la cual considera como la más peligrosa y se da por no ver satisfechas las necesidades tales como supervivencia, libertad, bienestar, etcétera, por permitir desigualdades e injusticias y se origina en estructuras sociales.

Finalmente, la violencia directa, “es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. Es el tipo de violencia más evidente, puesto que es la que se ve, y esa visibilidad la hace más fácil de identificar y por tanto combatir”(García, 2018)

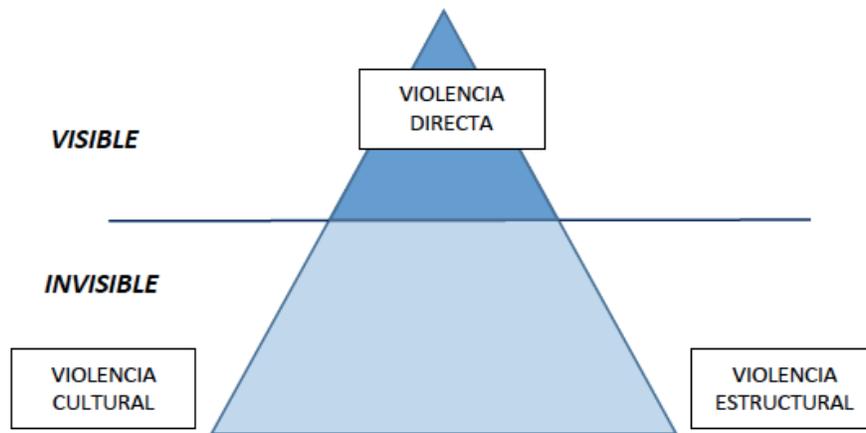


Figura 1. El triángulo de la violencia elaborado por (García, 2018)

La violencia obstétrica visible, es la más grave, es aquella publicada en los periódicos y en las noticias y la cual es desgraciadamente irreparable, se visibiliza sólo cuando la mujer o el bebé son lesionados físicamente o pierden la vida, pero este tipo de violencia sólo es la punta del iceberg, se encuentra apoyada en una violencia cultural muy arraigada en la cual las mujeres se sitúan en un papel de indefensión aprendido y aceptado respecto de los profesionales de salud y una violencia estructural donde la

---

mujer no recibe lo necesario durante la atención en el embarazo, parto y puerperio, no se respeta su poder de decisión ni su poder de elección, con lo cual las mujeres en estado tan vulnerable pierden el control sobre sus cuerpos los cuales son manipulados y se vuelven meros objetos del poder hegemónico.

A su vez, la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su informe de 2016 ha reconocido la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, originada en las relaciones asimétricas de poder “donde converge el género, las jerarquías, la lucha por la posesión del conocimiento legitimado, y el ejercicio de prácticas patriarcales y autoritarias sobre las decisiones y el cuerpo de la mujer” (*CNDH, 2016*)

---

## CAPÍTULO II.- MARCO JURÍDICO

### 2. Reconocimiento y Protección Internacional a los Derechos Humanos en el Parto.

En este apartado haremos alusión a diversos instrumentos internacionales protectores de los derechos de las mujeres; así como realizamos una breve referencia a determinados casos icónicos en donde existió violencia obstétrica y la consecuencia fue la condena por parte de los tribunales internacionales a los estados parte por la flagrante violación de derechos humanos, como veremos a lo largo del capítulo.

Las mujeres hemos recorrido un largo camino a fin de lograr se reconozcan nuestros derechos sexuales y reproductivos. Fue hasta 1948 cuando la Organización de las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25, fracción 2 reconoció: “*La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales*” (ONU, 1948) y es hasta 1979 en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, cuando se reconoció la atención en el embarazo, parto y puerperio en su artículo 12 párrafo 2:

2. [...] los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (Organización de las Naciones Unidas, 1979)

Asimismo, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) establece el derecho a las mujeres a vivir una vida libre de violencia y prohíbe a los estados parte toda discriminación contra la mujer y ordena incluir en su legislación y política interna normas a fin de dar cumplimiento de la Convención, así como adoptar medidas jurídicas a fin de proteger de manera efectiva a las mujeres de sus agresores y a establecer procedimientos jurídicos efectivos garantes de acceso a la justicia y el debido proceso para las víctimas de violencia (*Belem Do Pará, 1995*).

---

Por su parte la Organización Mundial de la Salud en su declaración de 2014, caracteriza el maltrato a las mujeres durante la labor de parto como una violación a los derechos humanos y establece el derecho de toda mujer al más alto nivel posible de salud, lo cual incluye el derecho a la asistencia sanitaria digna y respetuosa durante todo el embarazo y el parto. El nuevo enfoque establecido por la OMS con la experiencia de mujeres víctimas de abuso y faltas de respeto durante el parto en facilidades médicas abre nuevas oportunidades para la defensa de los derechos de las madres de una manera comprometida con la bioética (Erdman, 2015).

## **2.1 CASO MESTANZA VS PERÚ.**

En 2003, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos resolvió el caso referido a María Mamerita Mestanza Chávez, una mujer peruana de aproximadamente 33 años de edad y con siete hijos, quien sufrió de hostigamiento y fue presionada por el sistema de salud público de Perú, en específico por el Centro de Salud del Distrito de la Encañada para realizarse una esterilización, recibió visitas en su casa por parte del personal médico, en las cuales le informaban sobre la existencia de una ley en la cual el gobierno castigaba con cárcel y multas a toda persona con más de cinco hijos y la amenazaron con denunciarla a ella y a su esposo si no consentía una esterilización, por lo cual María ante el temor de verse en la cárcel, y bajo estas amenazas consintió la cirugía de ligadura de trompas, la cual se realizó el 27 de marzo de 1998 en el Hospital Regional de Cajamarca. Dicha cirugía la realizaron sin exámenes preoperatorios y de la misma fue dada de alta al día siguiente a pesar de presentar vómitos e intensos dolores de cabeza, a su esposo le decían ser normales dichos síntomas por la anestesia. María empeoró en los siguientes días y su esposo Jacinto la llevó a otro hospital, la Posta Médica de la Encañada donde nuevamente le dijeron ser normales los síntomas y la regresaron a su casa, donde finalmente falleció ocho días después de la intervención el 4 de abril de 1998 por una infección generalizada post operatoria. La Corte, declaró al Perú como culpable y ordenó el pago de una indemnización a la familia de la víctima, así

---

como una investigación, una sanción y la toma de las medidas necesarias para evitar la repetición en situaciones similares (Figueredo & Prieto, 2022).

## **2.2 CASO TERNOVSKY VS HUNGRÍA.**

Por su parte el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en 2011 resolvió el caso Ternovsky vs Hungría: a una mujer embarazada se le negó la atención del personal de salud en un parto en casa, porque la ley de ese país no es clara al respecto, pero disuadía al personal de salud de atender este tipo de partos. El tribunal estableció el derecho de la mujer a decidir las condiciones del parto y catalogó como discriminatorio y violatorio del derecho a la vida privada y familiar de las mujeres lo acontecido y ordenó el pago de una indemnización, así como aclarar su legislación a fin de no repetir los hechos en casos similares. (Dute, 2011)

## **2.3 CASO ALYNE VS BRASIL.**

Aunado a las resoluciones anteriores el Comité de la CEDAW resolvió el caso Alyne vs Brasil en el cual una mujer falleció a la edad de 28 años víctima de violencia obstétrica, condenando a Brasil a un pago compensatorio a la familia de la víctima, así como a tomar medidas de prevención para garantizar el derecho a la maternidad segura y el acceso a cuidados obstétricos, así como a dar capacitación a los trabajadores de la salud y a asegurar el cumplimiento de sus servicios de salud con el estándar internacional (CEDAW, 2001).

El comité de expertas de la Convención Belém do Pará rindieron un segundo informe en el cual retomaron la definición de violencia obstétrica establecida por Venezuela e informaron un vacío legislativo en la mayoría de los Estados al no contar, ni reportar con disposiciones para prevenir y sancionar la violencia obstétrica y recomiendan a los Estados parte sancionar la violencia obstétrica a través de sus disposiciones, y establecer como obligatorio el permitir el desarrollo del proceso natural del embarazo, parto y puerperio sin exceso de medicalización y se establezcan las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos

---

vinculados a su salud sexual, adoptando una perspectiva intercultural respetando las costumbres y tradiciones de las poblaciones indígenas (MESECVI, 2012).

Por su parte, en la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe de 2013, se adoptó el Consenso de Montevideo y en su medida prioritaria 45 se comprometieron los estados parte a “mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias” y adoptaron recomendaciones a fin de crear o fortalecer sistemas de denuncias y sanciones para garantizar prácticas de calidad y respeto a los derechos humanos, así como la capacitación del personal sanitario, la tipificación de la violencia obstétrica como una tipificar la como una expresión grave de la violencia de género (*Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, 2013).

#### **2.4. CASO BRITZ ARCE VS ARGENTINA. Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.**

La Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia el pasado noviembre de 2022 en el caso Britz Arce vs Argentina, por los siguientes hechos:

La señora Cristina Britz Arce, de origen paraguayo, madre de dos menores de 15 y 12 y quien contaba con la edad de 38 años, cursaba su primer embarazo cuando el 25 de noviembre de 1991 acudió a su primer control prenatal en la Liga Argentina contra la Tuberculosis, en donde reportó un antecedente de hipertensión arterial, lugar al cual regresó el 1 de diciembre de 1991 con 15 semanas de gestación a un segundo control prenatal y el 10 de marzo de 1992 acudió por primera vez al Hospital Público “Ramón Sardá” donde también reportó el antecedente de hipertensión arterial. En dicho hospital le realizaron al día siguiente una ecografía obstétrica la cual indicó un producto de 31 semanas y fue atendida por un cardiólogo quien anotó en su historia clínica “antecedente de hipertensión arterial”. La Señora Britz continuó asistiendo a sus controles prenatales al hospital antes mencionado el 6 y 21 de abril, el 5 de mayo y 19 de mayo, fecha en la

---

cual también se le realizó una ecografía obstétrica adicional y tuvo monitoreos fetales desde el 27 de abril. Entre el 10 de marzo y el 1 de junio la Señora Britez Arce subió de peso más de 10 kilos. (*Corte IDH, 2022*).

El 1o de junio de 1992 a las 9 am, se presentó en el multicitado hospital Sardá con molestias lumbares, fiebre y escasa pérdida de líquido por sus genitales, le realizaron una ecografía la cual reportó la muerte del feto, por lo cual la internaron para inducirle el parto. A las 13:45 horas del mismo día comenzaron a inducirle el trabajo de parto y a las 17:15 horas la trasladaron a la sala de partos con dilatación completa, tiempo durante el cual esperó en una silla. A las 18:00 horas fue declarada muerta por un paro cardio respiratorio no traumático. Después de múltiples causas penales y demandas civiles iniciadas por parte del Señor Miguel Ángel Avaro, padre de los menores hijos de la Señora Cristina Britez Arce, en contra del nosocomio público y los médicos quienes la atendieron, a fin de obtener justicia por la muerte de su pareja, 20 años después, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dicta sentencia en contra de Argentina en la cual estableció la responsabilidad del estado Argentino, por violación a los derechos humanos a la vida, a la integridad personal y salud, en desacuerdo con la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) (*Corte IDH, 2022*).

La sentencia establece en su párrafo 75, 76 y 77, lo siguiente:

“75. Este Tribunal se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”.

“76. Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse

---

de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. Además de acuerdo con la citada Convención 'toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado' y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas. Ahora bien, la Convención Belém do Pará fue adoptada el 9 de junio de 1994, es decir, dos años después de ocurridos los hechos que dieron origen a este caso, y fue ratificada por Argentina el 5 de julio de 1996, cuatro años después de la muerte de Cristina Britez Arce. En esa medida, no es posible atribuir responsabilidad internacional al Estado por la violación de las obligaciones contenidas en ese instrumento, aunque en virtud del reconocimiento de responsabilidad internacional hecho por el Estado, la Corte tome en consideración su contenido a efectos de caracterizar la violencia obstétrica.

"77. Conforme a lo anterior, la Corte encuentra que a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen el derecho a vivir una libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en periodo postparto." (C.I.D.H., 2022)

## **2.5. Reconocimiento y Protección a los Derechos Humanos en el Parto en México.**

La doctora Medina Arellano en su comentario al artículo 7º fracción XIII, número 2 de El Diccionario de la Constitución Política de Nayarit, refiere la creación de una obligación por parte del Estado de adoptar medidas a fin de erradicar la discriminación en contra de la mujer y garantizar la adopción de servicios de atención obstétrica, así como su libre acceso durante el embarazo, parto y puerperio, obligación nacida al reconocer el derecho a la salud de la mujer embarazada en las constituciones, lo cual conlleva una atención de calidad y conforme a las normas, leyes y recomendaciones en la materia, sin riesgos para la mujer y el neonato, lo cual es un gran paso para erradicar la violencia obstétrica (Medina-Arellano, 2013).

---

Al respecto, en México, nuestra Carta Magna ha reconocido los Derechos Humanos a partir de la reforma constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación y con relación a la atención durante el embarazo y el parto, las legislaturas locales han reconocido los siguientes derechos:

- a) La Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero establece en el artículo 6º fracción I, inciso VIII y 13 tercer párrafo, lo siguiente:

“Artículo 6.- ...

1. El Estado de Guerrero reconoce, enunciativamente, como derechos económicos, sociales y ambientales:

...

VIII. El derecho de los grupos vulnerables de acceder a condiciones de bienestar y hacer posible su inclusión social. El Estado considerará, presupuestalmente, las partidas necesarias para:

...

- e) De las mujeres embarazadas a no ser discriminadas, a acceder a los servicios de salud materna y a disponer de las facilidades necesarias para su adecuada recuperación; y, ...

“Artículo 13.- ...

El Estado establecerá las medidas necesarias para la protección y el acceso a la salud de las mujeres y niñas de los pueblos indígenas y comunidades afromexicanas atendiendo, principalmente, a su salud sexual y reproductiva, proveyendo lo necesario en los aspectos de enfermedades infectocontagiosas y maternidad...” (Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero, 1917).

- b) Por su parte, la Constitución Política para el Estado de Hidalgo establece en su artículo 5º fracción VIII lo siguiente:

---

“Artículo 5.- Sin distinción alguna, todas y todos los habitantes del Estado tienen los derechos y obligaciones, así como los derechos humanos, consagrados en esta Constitución.

... Toda persona tiene derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y esparcimiento de sus hijos.

... Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de:

... VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para garantizar los derechos laborales de los jornaleros agrícolas; mejorar las condiciones de salud de las mujeres, apoyar con programas especiales de educación y nutrición a niños y jóvenes de familias migrantes; velar por el respeto de sus derechos humanos y promover la difusión de sus culturas”. (Constitución Política del Estado de Hidalgo., 1920)

c) Una copia exacta del anterior artículo lo encontramos en la Constitución Política del Estado de Jalisco en el Artículo 4º apartado B.- fracción VIII (Constitución Política del Estado de Jalisco, 1917).

d) Por su parte, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Morelos en el artículo 19 fracción IV y 40 fracción XX establecen lo siguiente:

“Artículo 19.- La mujer y el hombre tienen igualdad de derechos ante la Ley. Los ordenamientos respectivos tutelarán la igualdad de estos derechos y sancionarán cualquier tipo de discriminación o menoscabo producido en relación al género masculino y femenino, a la edad, religión, etnia, condición social, discapacidad, y cualquiera otra que vulnere o dañe la dignidad, la condición y los derechos humanos reconocidos por esta Constitución, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados, acuerdos e instrumentos internacionales a los que el país se haya adherido. El Estado protegerá la organización y desarrollo en armonía de la familia, incluidas las familias monoparentales, entre las que se dará protección al

---

menor de edad, la mujer, las personas con discapacidad y las personas adultas mayores.

IV.- Para garantizar los derechos de la mujer, las leyes establecerán:

... f).- Las sanciones a todo acto de violencia física o moral contra las mujeres, dentro o fuera del seno familiar; y ...” (Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Morelos, 1930)

e) La Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit establece en el artículo 7 fracción XIII inciso 2) lo siguiente:

*“Artículo 7.- El Estado tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Todos los habitantes del estado gozarán sea cual fuere su condición:*

*... XIII.- Los derechos sociales que a continuación se enuncian:*

*... 2.- Toda mujer y su producto tienen derecho a la atención médica gratuita durante el período de embarazo y el parto”.* (Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit., 1918)

f) En el Estado de Oaxaca su constitución tutela en el artículo 12, doceavo párrafo, el siguiente derecho:

*“Artículo 12.- ...*

*Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia de género, tanto en el ámbito público como en el privado. En los términos que la ley señale, el Gobierno del Estado y los Gobiernos Municipales se coordinarán para establecer un Sistema Estatal que asegure el acceso de las mujeres a este derecho”.*  
(Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca., 1922)

g) El Estado de Puebla establece en el Artículo 12 lo siguiente:

*“Artículo 12.- Las leyes se ocuparán de:*

---

... II.- *La atención de la mujer durante el embarazo.* (Constitución Política del Estado de Puebla, 1917)

- h) En el Estado de Sinaloa su Constitución Política del Estado de Sinaloa, artículo 4 Bis B, fracción IV:

*“Artículo 4º Bis B. El Estado tomará las medidas correspondientes a efecto de dar cumplimiento a los siguientes derechos y deberes:*

*IV. Los habitantes en el Estado tienen el derecho a disfrutar una vida libre de violencia. La ley establecerá las bases de la actuación de las autoridades para prevenirla y atender a las personas que sufran de ella, así como generar una cultura que permita eliminar las causas y patrones que la generan, poniendo especial atención en la erradicación de la violencia intrafamiliar.*

*El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, entendida como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado.* (Constitución Política del Estado de Sinaloa, 1922)

- i) La Ley General de Salud establece:

“Artículo 61.- El objeto del presente Capítulo es la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto.

“La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

“I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera;

“Artículo 61 Bis. - Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

---

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

“I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

“II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado;

“ IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.” (Ley General de Salud, 1984)

Al respecto, la Suprema Corte de la Nación publicó en 2014 un “Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos donde se involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos”, en el cual consideró como “otras conductas que pueden constituir actos de tortura o malos tratos a la Violencia obstétrica” (S.C.J.N., 2014), la cual definió tomando como base la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz que establece:

“Artículo 7.- Son tipos de violencia contra las mujeres:

...

“ VI. La violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de

---

cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;” (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio del Valle, 2008)

En Hidalgo la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia establece:

“ARTÍCULO 5.- Los tipos de violencia contra las mujeres son:

VI. Violencia obstétrica: Es toda acción u omisión ejercida por el sistema de salud público o privado o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos y que puede ser expresada de cualquiera de las siguientes formas:

- a) Atención inoportuna e ineficaz de las urgencias obstétricas;
- b) Trato deshumanizado;
- c) Patologización del proceso de embarazo, parto o puerperio;
- d) Mediar sin causa justificada el proceso de embarazo, parto o puerperio;
- e) Negativa u obstaculización del apego precoz del recién nacido con su madre sin justificación terapéutica; ...”

ARTÍCULO 45.- Corresponde a la Secretaría de Salud:

XII. También, de acuerdo a su disponibilidad presupuestaria, deberá:

- a) Garantizar que los servicios de salud cuenten con los establecimientos, bienes, servicios de salud y personal capacitado e idóneo que contribuya a asegurar el derecho de la mujer embarazada y puérpera; b) Promover, tanto en el sector público como privado, la reducción en el número de cesáreas, hasta llegar a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud; c) Capacitar y sensibilizar al personal del sector salud, con el fin de prevenir actos de violencia

---

obstétrica; d) Ejecutar acciones de información y difusión, dirigidas al público en general en las que se incluyan los derechos con los que cuentan y los medios administrativos y judiciales, para hacer del conocimiento de las autoridades los actos de violencia obstétrica en su contra, considerando las lenguas indígenas que se hablan en la Entidad; e) Establecer mecanismos de monitoreo y sanciones administrativas que permitan visibilizar y sancionar la violencia obstétrica; f) Promover servicios especializados de atención a mujeres que hayan sido víctimas de violencia obstétrica; y” (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo., 2007)

La misma ley en la Ciudad de México define también la violencia obstétrica y establece:

“VII. Violencia Obstétrica: Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos;
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarle inmediatamente después de nacer;

- 
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
  - e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o; Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y ..” (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, 2008)

El estado de Morelos también reconoce la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres en su Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y establece:

*“VI.- Violencia obstétrica. - Es toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto puerperio, expresados en:*

- a. Trato deshumanizado;*
- b. Prácticas que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer, como la esterilización forzada.*
- c. Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas;*
- d. No propiciar el apego precoz del niño con la madre, sin causa medica justificada.*
- e. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias, y;*
- f. Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento expreso e informado de la mujer embarazada;”*  
*(Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Morelos, 2007)*

Los anteriores, son algunos ejemplos de cómo la violencia obstétrica se encuentra definida y reconocida en diversas leyes locales de 20 estados de la república, aunado a

---

lo anterior, la violencia obstétrica se encuentra tipificada en siete estados: Aguascalientes, Chiapas, México, Guerrero, Quintana Roo, Yucatán y Veracruz.

El Código Penal de Veracruz establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

“i. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.

ii. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

iii. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

iv. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.

v. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.

vi. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que se propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas”. (Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2003)

Dicho código establece como una pena de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario mínimo para el caso de las fracciones i, ii, iii y iv; para quien incurra en las fracciones v y vi, las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos días de salario mínimo.

En el caso del estado de Guerrero, se estableció:

---

“Artículo 202. Violencia de género: 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, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas.

“Artículo 203. Definiciones. Para los efectos de este delito se entenderá por:

iii. Violencia obstétrica: Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.” (Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, 2014)

En Chiapas, el Código Penal vigente para la entidad establece:

*“Artículo 183 Ter. Comete el delito de violencia obstétrica el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, 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, al 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.*

*“Artículo 183 Quater. Se equipará a la violencia obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:*

- i. Omite la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.*
- ii. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándoles la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.*

---

*iii. 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.*

*iv. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural”(Código Penal para el Estado de Chiapas, 2007).*

A nivel Federal, en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se establece en el artículo 6 fracción VIII bis, como violencia obstétrica:

“VIII Bis.- Violencia Obstétrica: Es toda conducta u omisión por parte del personal de servicios de salud que tenga como consecuencia la pérdida de la autonomía y capacidad de la mujer para decidir libremente sobre su parto y sexualidad y que por negligencia y/o una deshumanizada atención médica durante el embarazo, parto o puerperio dañe, lastime o denigre a las mujeres de cualquier edad, que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, mediante:

- a) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas;
- b) No otorgar información suficiente sobre los riesgos de la cesárea de conformidad con la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud;
- c) Revisiones y prácticas de salud que consideren personal adicional no necesario;
- d) La imposición de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; en caso de ser menor de edad o que sufran alguna discapacidad mental, de sus padres o tutor;
- e) La práctica del parto vía cesárea existiendo posibilidad para efectuar parto natural y sin haber obtenido la renuncia voluntaria expresa e informada a la mujer de esta posibilidad;

- 
- f) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
  - g) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o amamantarlo inmediatamente al nacer;
  - h) Promover fórmulas lácteas en sustitución de la leche materna;
  - i) No realizar las gestiones necesarias para que las mujeres que hubieren sufrido un aborto involuntario, reciban la debida atención médica y psicológica; y
  - j) Todas aquellas previstas por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.” (Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2017)

También define como violencia psicológica:

*“Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.” (Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2017)*

En el mismo artículo 6, fracción II la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define como violencia física a: “cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.” (Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2017)

A su vez, establece como violencia institucional en el artículo 18:

---

*“los actos u omisiones por parte de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diversos tipos de violencia.”*  
*(Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2017)*

El 7 de abril de 2016, se publicó la nueva Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, la cual establece la normativa “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”. Esta norma es un avance en el combate a la violencia obstétrica y a la protección de los derechos humanos antes, durante y después del parto, tales como:

- Reconoce el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de la persona, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.
- Reconoce el derecho básico a la información y los medios para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.
- Habla sobre la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios.
- Reconoce el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas y en razón al estado de vulnerabilidad presentado durante el embarazo y la necesidad de realizar cambios en los procedimientos de atención materno-infantil.

- 
- Establece el derecho de las mujeres a recibir una atención de calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante la evolución del embarazo, parto y puerperio.
  - Establece la opción de la mujer a decidir si desea parir de forma vertical. Sin embargo, la limita a la existencia de personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin.
  - Establece la obligación de los establecimientos de salud de garantizar la prestación de los servicios de manera oportuna con calidad y seguridad.
  - Ordena dar información completa a la embarazada y a sus familiares.
  - Ordena establecer la estrategia de madre-canguro para facilitar el contacto entre el recién nacido y la madre, propiciando la alimentación con leche materna.
  - Ordena se favorezca la seguridad emocional de la mujer y su bienestar durante toda la atención del parto procurando la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, respetando el parto espontáneo a fin de reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicación a largo plazo.
  - Prohíbe la discriminación por parte de cualquier persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, o ejerza algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.
  - Establece la obligación de permitir a la mujer la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y se propicie la deambulacion alternada con reposo sentada o de pie, pero también la limita a contar con el espacio suficiente y seguro.
  - Establece como excepción y sólo por ser requerida bajo indicación médica, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, asimismo se debe reducir el número de tactos vaginales a cada hora y se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

- 
- Establece la obligación de promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer, pero también la limita a la existencia de infraestructura hospitalaria y capacitación del personal para este tipo de atención, también promoviendo la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad en la realización de éstos. (NOM-007-SSA2-2016, 2016)

La norma antes citada es un gran esfuerzo, sin embargo, de su lectura y análisis, la aplicación de dicha norma está condicionada a la existencia de la infraestructura necesaria y a la capacitación adecuada del personal, y en la misma no se establecen medidas para allegarse de dicha infraestructura, o para capacitar al personal, tampoco se establece un medio de control a fin de garantizar el cumplimiento de la norma lo cual la deja simplemente en el papel. (NOM-007-SSA2-2016, 2016).

Del análisis de todos los ordenamientos legales antes citados, podemos concluir este capítulo afirmando la existencia en América Latina de un inquietud por combatir la violencia obstétrica, la existencia de un marco jurídico tanto interamericano como nacional para combatirla, sin embargo, la violencia obstétrica sigue sucediendo todos los días en nuestro país y en nuestro Estado, pero los lineamientos jurídicos para la atención al parto están supeditados a la existencia de presupuesto, de infraestructura necesaria, a personal suficiente y capacitado en materia de parto respetado y también al conocimiento y empoderamiento de la mujer, quien al estar bien informada, pida, solicite o exija un parto respetado o bien se autodenomine indígena, etcétera, por lo cual todo este esfuerzo no sólo en nuestro estado sino a nivel mundial por combatir la violencia obstétrica queda simplemente, y como ya lo dijimos en líneas anteriores, en el papel. El personal médico y de salud, siempre tendrán el pretexto de la falta de los elementos antes

---

enumerados, cuando lo único necesario, es la voluntad de los agentes de dejar de violentar a las mujeres durante la atención médica obstétrica.

Finalmente, tanto en la cámara de diputados como en la cámara de senadores existen actualmente diversas iniciativas para reformar a nivel federal la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica a fin de reconocer la violencia obstétrica a nivel federal, iniciativas que aún no se han hecho realidad y que esperamos se concreten a la brevedad.

---

## **CAPÍTULO III .- ¿ES NECESARIO TIPIFICAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?**

En este capítulo analizaremos la pertinencia de crear un tipo penal en nuestro estado a fin de sancionar la violencia obstétrica. En primer término, justificaremos socialmente la necesidad de realizar esta tipificación, es decir, haremos una descripción de la situación actual de la violencia obstétrica en nuestro país y en nuestro estado y la normalización de este tipo de violencia. Inmediatamente nos referiremos a las obligaciones internacionales signada por México las cuales son vinculantes para nuestro país y lo obligan a cumplir con las recomendaciones y sentencias internacionales en materia de violencia obstétrica y los cuales han creado una necesidad de adecuar nuestra legislación interna a fin de sancionar y prevenir la violencia obstétrica y finalmente, hablaré sobre el la pertinencia de utilizar el derecho penal para prevenir y sancionar la violencia obstétrica.

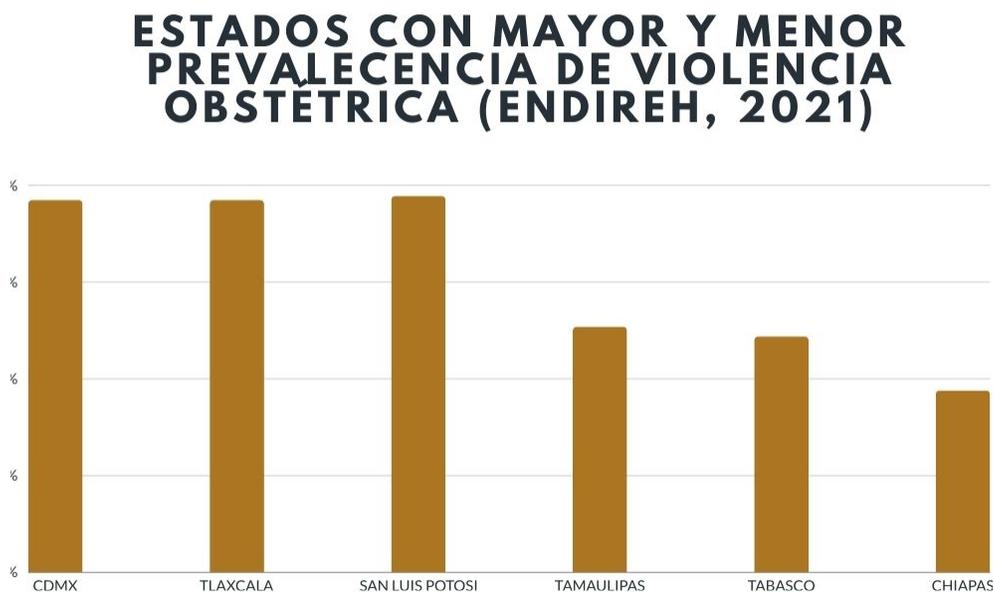
### **3.1. Situación de la violencia obstétrica en México y en el Estado de Hidalgo.**

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (INEGI, 2016), 8.7 millones de mujeres tuvieron al menos un parto entre octubre de 2011 a octubre de 2016, de las cuales el 33.4% de las mujeres es decir, 2.9 millones de mujeres sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto; por otro lado, entre diciembre de 2012 y septiembre de 2017 solo se presentaron 684 quejas por violencia obstétrica ante Órganos Internos de Control de Instituciones de Salud Federal, 867 quejas ante órganos internos de control de instituciones de salud locales, 11 quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1,109 quejas en las comisiones locales de derechos humanos y 567 quejas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos y sólo 8 denuncias penales a nivel nacional.

En la misma encuesta publicada en el año 2022 (INEGI, 2021) se reporta que existe un prevalencia nacional de maltrato en los últimos cinco años ( 2016 – 2021) del

31.4% con una mayor prevalencia en San Luis Potosí con un 38.9%, Tlaxcala con un 38.5% y Ciudad de México con un 38.5% pero aún en los estados con menor prevalencia los porcentajes son alarmantes, por ejemplo en Tamaulipas es del 25.4%, en Tabasco del 24.4% y en Chiapas del 18.8% y reporta que las mujeres más vulnerables fueron las más jóvenes con una edad entre 15 a 24 años y con un porcentaje de 35.5%, seguidas por el grupo de mujeres entre los 25 y 34 años de edad con un 31.4% y finalmente las mujeres entre 35 y 49 años de edad con un 25.8%. Tal y como muestra la siguiente gráfica.

Figura 2.



Gráfica de los Estados de la República Mexicana con mayor y menor prevalencia de violencia obstétrica de acuerdo a datos de ENDIREH 2022. (Elaboración propia).

Al respecto en el Estado de Hidalgo, en los últimos cinco años 188,258 (ciento ochenta y ocho mil doscientos cincuenta y ocho) mujeres entre los quince y cuarenta y nueve años, tuvieron un parto o cesárea, de las cuales el 33.2 por ciento es decir 62,584 (sesenta y dos mil quinientos ochenta y cuatro) mujeres sufrieron algún maltrato en la atención obstétrica, es decir, tres de cada diez mujeres sufrieron violencia obstétrica

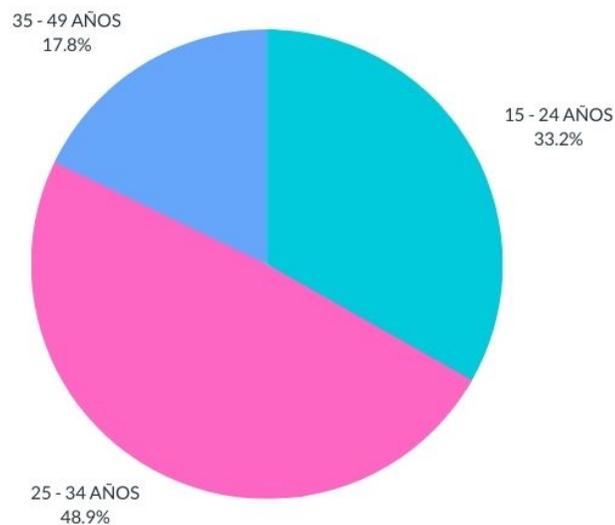
---

(INEGI, 2021). Hidalgo ocupa la posición número 11 de las entidades con mayor incidencia.

De acuerdo a Endireh, en el Estado de Hidalgo, las edades entre las cuales es más frecuente la violencia obstétrica son entre las mujeres de veinticinco y treinta y cuatro años con un 49.2% (cuarenta y nueve punto dos) por ciento y el siguiente grupo etario serían las mujeres de 15 a 24 años con un 33.4 (treinta y tres punto cuatro) por ciento, por otra parte las mujeres de entre treinta y cinco y cuarenta y nueve años de edad son las cuales sufren en menor porcentaje de violencia obstétrica con un 17.94 (diecisiete punto veinticuatro) por ciento.

**Figura 3.**

## **RANGO DE EDADES DE LAS MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA OBSTETRICA EN HIDALGO**



Gráfica de los rangos de edades de las mujeres víctimas de violencia obstétrica en el Estado de Hidalgo en los últimos cinco años, de acuerdo a datos de ENDIREH 2022. (Elaboración propia).

---

A nivel nacional la situación no cambia, el porcentaje es bastante similar, en los últimos cinco años casi ocho millones de mujeres entre quince y cuarenta y nueve años, dieron a luz, de las cuales dos millones y medio, es decir el 31.45% (treinta y un punto cuarenta y cinco por ciento) enfrentaron malos tratos durante la atención obstétrica durante su embarazo, parto o puerperio, conducta las cuales van desde los insultos hasta la esterilización forzada o pérdida de la vida de la madre o del producto.

Es importante hacer notar, en nuestro estado, las mujeres víctimas de violencia obstétrica, no cuentan con un método eficaz para acceder a la justicia, por lo cual es necesario tomar medidas a fin de visualizarla, prevenirla y sancionarla, a fin de proteger los derechos humanos reconocidos a las personas con capacidad gestante no sólo en su vida cotidiana sino específicamente en el periodo de su vida reproductiva durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio, una de las etapas más vulnerables en sus vidas.

Durante la presente investigación asistimos y fuimos ponentes en diversas conferencias, la mayoría se realizaron con la asistencia de académicos y estudiantado de la licenciatura y posgrado en Derecho del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades (ICSHU) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, sin embargo, podemos destacar dos eventos en los cuales se participó con un público ajeno a la academia, el primero fue el XIX Congreso Nacional sobre Empoderamiento Femenino celebrado del 27 al 29 de marzo de 2023 en las instalaciones del ICSHU, en dicho congreso participé con la ponencia ¿Por qué la violencia obstétrica sigue cobrando víctimas? en la mesa de trabajo número 32. Al comienzo de la ponencia pregunté a las y los asistentes si alguno había sufrido violencia obstétrica, dos personas de las 21 asistentes a la mesa levantaron la mano. Durante la ponencia expuse los avances de la presente investigación destacando el concepto de violencia obstétrica y cuáles conductas son consideradas violencia obstétrica. Al término de la ponencia, realicé la misma pregunta y 5 mujeres más, es decir en total 7 mujeres levantaron la mano. Esas 5 mujeres se dieron cuenta que habían sufrido violencia obstétrica durante la ponencia.

**Foto 1.**



XIX Congreso Nacional sobre Empoderamiento Femenino.  
Ponentes Mesa 32. 27 de marzo de 2023.

La segunda experiencia a destacar fue la siguiente, el 1º de diciembre de 2023 nos invitaron por parte de la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosí, en el marco de la conmemoración del Día de la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres.

**Foto 2.**



Poster de la Conferencia Conceptualizando la Violencia Obstétrica.

---

En dicha conferencia intitulada “Conceptualización de la Violencia Obstétrica” nos presentamos ante un público diverso, fuera de la academia, en su mayoría trabajadores de la Secretaría antes mencionada y en los asistentes solo asistió una abogada. Entre hombres y mujeres tuvimos un grupo poblacional de 97 personas y al comenzar la sesión se les preguntó cuantas mujeres habían sufrido violencia obstétrica, en ese momento sólo 3 mujeres alzaron la mano. Durante la platica resumi la presente investigación empezando por el concepto de violencia obstétrica y las diferentes conductas que constituyen violencia obstétrica. Al finalizar la platica volví a realizar la pregunta, cuántas de ustedes han sufrido violencia obstétrica, 32 mujeres levantaron la mano y 2 hombres, quienes contaron que sus esposas, hermanas o madres habían sufrido violencia obstétrica, una de las asistentes “Carmen” platicó al público su experiencia y cómo en ese momento se había dado cuenta que era una víctima de violencia obstétrica y que el retraso mental por falta de oxigeno al nacer, de su ahora hijo adulto, muy probablemente se debía a la violencia que sufrió durante la labor de parto.

La anterior situación nos ilustra como la violencia obstétrica se encuentra normalizada e invisibilizada; es decir, escondida tras la interiorización del “deber” de sufrir durante el parto, aún cuando nos sentimos incomodas, traumatizadas, desvaloradas, no podemos reconocer haber sido víctimas de un agresor violento del sistema de salud; al contrario, muchas sentimos culpa por no estar a la altura para ser madres.

**Foto 3.**



Público asistente y ponente, conferencia “Conceptualizando la Violencia Obstétrica. 1º de diciembre de 2023. Universidad Politécnica de San Luis Potosi, invitada por la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosi.

---

#### Foto 4.



Gabriela Cruz Ortiz en la conferencia “Conceptualizando la Violencia Obstétrica. 1º de diciembre de 2023. Universidad Politécnica de San Luis Potosí, invitada por la Secretaría de Educación de Gobierno del Estado de San Luis Potosí.

De las dos anteriores experiencias, nos percatamos como la mayoría de las mujeres desconocen ser víctimas de violencia obstétrica, tenían presente su parto como una experiencia desagradable y dolorosa por la atención recibida durante sus embarazos, parto y postparto, durante el proceso de gestación se sintieron incomodas y con mucha culpa, pero no sabían en lo sufrido haber padecido violencia con nombre y apellido, se llama violencia obstétrica; sin embargo, no sabían haber sido víctimas de este tipo de violencia de género por creer normal sufrir durante el parto. Muchas de ellas no habían hablado del tema con nadie, pero cuando escucharon la ponencia se reconocieron y tuvieron la necesidad ellas mismas de hablar y de contar sus experiencias, se dieron cuenta de la normalizaron de la violencia recibida.

### 3.2. Necesidad de Tipificar la Violencia Obstétrica

En el ámbito internacional, diversos instrumentos han tejido la evolución de los derechos de la mujer; instrumentos como la Convención Interamericana sobre

---

Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer; la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo; así como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) han reconocido para las mujeres derechos humanos en diversos aspectos de su vida, como la educación, la participación política, el bienestar en su sentido más amplio, en su salud, economía, y estado emocional, el ser objeto de violencia, etcétera. Gracias a estos tratados, las mujeres tienen el derecho a disfrutar plenamente en condiciones de equidad todos sus derechos humanos, a vivir libres de violencia y discriminación.

La paz, la seguridad, el desarrollo sostenible y el estado de derecho, es imposible de lograr para los estados si todos sus ciudadanos no alcanzan el nivel de bienestar y de protección de sus derechos, por lo cual, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing establece como primera responsabilidad de los gobiernos, la protección y promoción de los derechos humanos, mediante la consecución de la igualdad de género en el marco de derechos humanos y formula una declaración sobre la responsabilidad de los Estados de cumplir los compromisos a los cuales se obligaron.

La Convención Belém do Pará, entró en vigor en el ámbito internacional el 5 de marzo de 1995, nuestro país, ratificó dicho instrumento el 12 de noviembre de 1998 y entró en vigor el 12 de diciembre de 1998 y se promulgó en el Diario Oficial el 19 de enero de 1999. Dicho instrumento al haber sido ratificado por México es obligatorio para nuestro país y es un detonante para la reconfiguración del orden jurídico de nuestro Estado, la Convención de Belém do Pará, en materia político criminal, establece la obligación para todos los estados parte, incluyendo México de adoptar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, entendida como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”, según lo establece el artículo 1º de dicho instrumento (Belem Do Pará, 1995). Según la Convención de Belém Do Pará, la violencia contra la mujer puede ser de tipo físico, sexual

---

y psicológico y en su artículo 2° señala con precisión las esferas, activos y repercusiones de la manifestación de la violencia contra la mujer, las cuales actualizan diversas conductas sancionadas por las leyes penales (Belem Do Pará, 1995).

Lo anterior, lo podemos ver mejor reflejado en el artículo 7° de la Convención de Belém do Pará, a la letra:

“Artículo 7°.- Los Estados Parte condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

“a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;

“b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;

“c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;

“d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad;

“e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;

“f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos;

---

“g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y

“h. adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención”. (Belem Do Pará, 1995).

De lo anterior se colige fehacientemente la obligación convencional de México de sancionar la violencia obstétrica. La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que se da durante la atención del embarazo, el parto o puerperio, en el cual el médico generalmente hombre, violenta a la mujer de diversas formas, incluyen conductas desde la ridiculización, insultos, medicalización excesiva e innecesaria hasta la negación del servicio y la esterilización forzada entre muchas. Este tipo de violencia marca a la mujer en edad gestante, traumatizándola, provocando depresiones postparto y desapego con el producto, aunado a las secuelas físicas como la imposibilidad de tener hijos, dolor al momento de tener relaciones sexuales o evacuar, entre otros efectos físicos ocasionados por una deficiente y violenta atención médica.

La Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2014 una declaración sobre la prevención y eliminación de la falta de respeto y los malos tratos durante el parto en los centros de salud, en la cual consideró “el maltrato durante el parto como una violación de los derechos de la mujer y una ruptura de la confianza entre las mujeres y sus proveedores de atención sanitaria y solicitó fehacientemente la intensificación de las acciones, el diálogo, la investigación y la promoción de los derechos humanos durante el embarazo, parto y puerperio(OMS, 2014).

Aunado a lo anterior, el Comité de expertas/os del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (MESECVI) en su Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará ha destacado la existencia de un vacío en la mayoría de las legislaciones de los Estados parte, en virtud de no contar o no reportar contar con disposiciones preventivas y sancionadoras de la violencia obstétrica.

---

A su vez el Comité de expertas redactó en fecha 24 de agosto de 2017 un informe de implementación de las recomendaciones del Cevy específico para nuestro País, en el cual estableció en los puntos 25, 26 y 27, textualmente:

“25. Por otra parte, la violencia obstétrica en general y en particular en embarazos de adolescentes, no ha sido tipificada en la legislación federal, solo la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Veracruz incluye este concepto, sin embargo, se tipifica como delito. En esta misma línea, la Ley de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia del Estado de México incluye un capítulo sobre violencia obstétrica y delega al Gobierno del Estado la facultad para diseñar los mecanismos para sancionar este tipo de violencia.

26. El Informe Sombra presentado por CATWLAC17 expone, sobre la violencia obstétrica: “esto no se ha cumplido por Estado Mexicano, inclusive en lo que va del año, en más de 8 casos de embarazos en término, las mujeres dieron a luz en los patios de los hospitales, porque no las atendieron, especialmente en Oaxaca y el Distrito Federal”. Es evidente que las mujeres de áreas rurales, especialmente indígenas son quienes aparecen ubicadas en mayor vulnerabilidad por su condición y situaciones, y por ello más expuestas a este tipo de violencia.

27. El CEVI insta al Estado a incluir la violencia obstétrica en las leyes penales y recomienda realizar una adecuación del tipo penal de acuerdo al marco de la Convención y de conformidad con la recomendación N°9 del Segundo Informe Hemisférico. (MESECVI, 2017)

Asimismo, el 15 de diciembre de 2020, nuevamente el Comité de Expertas en el Informe de Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém Do Pará Tercera Ronda, instó a nuestro país a:

“revisar y, en su caso, modificar la normatividad vigente federal y estatal para armonizarla con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y con los estándares internacionales, así como prohibir el uso de conciliación y mediación en casos de violencia contra las mujeres y eliminar las

---

leyes que aún lo contemplan; tipificar los delitos de prostitución forzada, violación sexual dentro del matrimonio o unión de hecho, la violencia obstétrica, la trata de personas, la tortura sexual y la violencia sexual en conflicto armado, de acuerdo a los estándares internacionales en la materia”. (MESECVI, 2020)

Finalmente, el Comité de Expertas en su Segundo Informe Hemisférico recomienda textualmente:

*“Adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica. Establecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, apropiadamente informado a las mujeres y adolescentes, así como las garantías para asegurar el consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual”* (MESECVI, 2012).

De todo lo anterior no cabe duda la imperante obligación convencional para el Estado Mexicano de tipificar la violencia obstétrica a fin de adecuar su legislación interna a la Convención Belém Do Pará.

A este respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, también ya se ha pronunciado al respecto, en el caso *Brítez Arce vs Argentina* el pasado noviembre de dos mil veintidós en la que estableció en su párrafo 75, 76 y 77, lo siguiente:

“75. Este Tribunal se ha pronunciado de forma específica sobre la violencia ejercida durante el embarazo, el parto y después del parto en el acceso a los servicios de salud, y ha sostenido que constituye una violación de derechos humanos y una forma de violencia basada en género denominada violencia obstétrica, la cual “abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados”.

“76. Sobre este asunto, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Convención de Belém do Pará, la Corte recuerda que los Estados tienen el deber de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para lo cual deben abstenerse

---

*de incurrir en actos constitutivos de violencia de género, incluidos aquellos que ocurran durante el acceso a servicios de salud reproductiva. Además de acuerdo con la citada Convención 'toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado' y los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres que son víctimas de violencia cuando están embarazadas. Ahora bien, la Convención Belém do Pará fue adoptada el 9 de junio de 1994, es decir, dos años después de ocurridos los hechos que dieron origen a este caso, y fue ratificada por Argentina el 5 de julio de 1996, cuatro años después de la muerte de Cristina Britez Arce. En esa medida, no es posible atribuir responsabilidad internacional al Estado por la violación de las obligaciones contenidas en ese instrumento, aunque en virtud del reconocimiento de responsabilidad internacional hecho por el Estado, la Corte tome en consideración su contenido a efectos de caracterizar la violencia obstétrica.*

*"77. Conforme a lo anterior, la Corte encuentra que a la luz de la Convención de Belém do Pará, las mujeres tienen el derecho a vivir una libre de violencia obstétrica y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como de velar porque sus agentes actúen en consecuencia, tomando en consideración la especial vulnerabilidad que implica encontrarse en embarazo y en periodo postparto." (CORTE I.D.H, 2022)*

La anterior sentencia, aun cuando no fue dictada en contra del Estado de México, tiene un efecto vinculante, de acuerdo a los siguientes razonamientos: La Convención Americana sobre Derechos Humanos es la norma integradora y suprema en materia de Derechos Humanos que rige a la región, la misma fue signada en 1969 en San José Costa Rica por los estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en la misma, los estados parte se sometieron a la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, quien es la encargada de hacer valer la Convención. Bajo los principios *Pacta Sunt Servanda* y *Bona fide*, mismos que fueron establecidos en la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados y Organizaciones Internacionales, mismo que fue ratificado por México en 1988, lo acordado en un tratado internacional es obligatorio a la totalidad del estado y no sólo a los órganos participantes en la celebración y ratificación de estos, obligación no

---

substituible y la cual no admite excepción o reserva posterior a su entrada en vigor, en la especie, Mexico no presentó ninguna reserva al pacto de San José, por lo que la jurisdicción de la Corte Interamericana rige a México y a los demás sistemas jurídicos de la región y por lo tanto sus resoluciones tienen fuerza normativa. Al respecto, la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido una evolución del control de convencionalidad al no supeditar de manera exclusiva a los jueces este control, sino también a las demás funciones estatales como la legislativa en materia de expedición de normas y adecuación del marco normativo interno a fin de estar en concordancia con la convención. Las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, además de los efectos condenatorios hacia las partes, tiene una dimensión objetiva e indirecta o *erga omnes* para todos los Estados Parte del Sistema Interamericano quienes tienen la obligación de cuidar la vigencia de la Convención y cumplir con los criterios interpretativos de acuerdo al artículo 1º y 2º de dicha convención los cuales establecen los estándares mínimos de efectividad de las disposiciones convencionales obligando a las autoridades de los estados parte a aplicar los criterios jurisprudenciales de la Corte al respetar los derechos y libertades reconocidos en la convención y a garantizar su libre y pleno ejercicio sin distinción, estableciendo que si los derechos y libertades antes mencionados no se encuentran garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter, estos deben comprometerse a adoptar las medidas legislativas necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades. Este mínimo de efectividad obliga a los Estados Parte a adecuar sus disposiciones internas a las pautas de convencionalidad previstas en la jurisprudencia de la Corte, esto conlleva una ardua tarea con el propósito final de homologar todos los sistemas jurídicos de la región a fin de lograr el respeto de los derechos humanos sin importar si nos encontramos en México, Argentina o el Ecuador.

Aunado a lo anterior, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en el expediente varios 912/2010 relativo a una consulta a trámite puesta a consideración por el Pleno de la misma Corte a fin de determinar los alcances de la sentencia emitida por la Corte Interamericana en el caso Rosendo Radilla vs México, sentencia en la cual fue

---

condenado el estado mexicano entre otras cosas a restituir los daños y perjuicios ocasionados por la grave violación de derechos humanos al señor Rosendo Radilla; la Suprema Corte reconoció en su resolución el efecto vinculante de las sentencias de la Corte Interamericana, siempre y cuando el Estado Mexicano fuera parte. No obstante lo anterior, en una posterior Contradicción de Tesis 291/2011 se modificó este criterio a fin de establecer que toda la jurisprudencia interamericana es obligatoria, siempre y cuando su aplicación favorezca a la persona, con independencia de que ser o no parte del conflicto que la generó y en el caso en el que el Estado Mexicano no es parte, se debe tomar en cuenta: la existencia de las mismas razones las cuales la motivaron; en todos los casos se debe armonizar la jurisprudencia nacional y la interamericana y en caso de que sea posible la armonización, se debe aplicar el criterio más favorecedor para el ejercicio y vigencia de los derechos humanos (Rodriguez, 2015).

Los anteriores documentos internacionales justifican la necesidad y obligación que tiene el Estado México de adecuar y reconfigurar su legislación interna a fin de sancionar y prevenir la violencia obstétrica en cumplimiento a estos tratados que son obligatorios para nuestro país.

Además de todo lo antes expuesto y sin necesidad de ir más lejos, nuestra propia constitución en su artículo 1º, establece como obligación para el Estado la de “prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”. (CPEUM, 2023).

### **3.3. La Tipificación de la Violencia Obstétrica como Medida Preventiva.**

Como hemos visto a lo largo de la presente investigación, el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres durante el parto ni la expedición de normas sanitarias han sido suficientes para erradicar o siquiera disminuir la violencia obstétrica, la violencia obstétrica se encuentra invisibilizada, normalizada, ignorada, error muy grave pues como hemos apuntado en la presente investigación, la violencia en el momento del embarazo, parto y postparto puede estar relacionada con futuras violencias, puede ser el origen del

---

mundo cada vez más violento en el que vivimos. Como también ya apuntamos, la mayoría del gremio médico cierra los ojos y niega la existencia de la violencia obstétrica, ¿Por qué la violencia obstétrica sigue cobrando víctimas? ¿Por qué? Si se encuentra reconocida. La razón es simple, no pasa nada, las mujeres primariamente no saben que son violentadas, tal y como fueron violentadas por sus parejas por siglos sin saber que eran víctimas de violencia de género, hasta que la violencia de género fue tipificada, hasta que se conceptualizó la violencia contra las mujeres. En ese caso, los hombres tampoco se daban cuenta de que estaba mal lo que estaban haciendo, que el golpear a su esposa y a sus hijos estaba mal, así se les había enseñado y sólo repetían patrones aprendidos, no sabían que se podía violar a su esposa, creían que se encontraban en todo su derecho por ser una obligación matrimonial. Nos encontramos ahora en la misma situación, el personal médico es el primero que debe visualizar la violencia obstétrica, pero pocos visibilizan el problema, la mayoría actúan desde el temor, desde el temor de perder un paciente, desde el temor de enfrentarse a complicaciones, actúan como se les enseñó durante el internado y replican estas conductas aprendidas, ya sea para encajar, para sentirse parte del grupo, o por qué no saben actuar de otra manera. Pero cómo esperamos que actúen de otra manera si se les sigue enseñando de la misma forma. Necesitamos una acción del Estado eficaz para obligar al personal sanitario a informarse, a reeducarse, a abrir los ojos y admitir la violencia en sus conductas. Lo anterior sólo se puede lograr a través del Derecho Penal.

La acción legislativa de crear un delito de violencia obstétrica es razonable y además como ya quedó debidamente acreditado es una exigencia del derecho internacional de los derechos humanos a fin de garantizar a las mujeres el completo goce de sus derechos. Recordemos que el Estado es el encargado de proteger y prevenir la violación de derechos humanos y también son las instituciones quienes violan estos derechos, pero qué sucede cuando es una persona cualquiera, un particular el que viola derechos humanos, la persona que viola derechos humanos está cometiendo un delito, pero para que este pueda ser sancionado debe de existir el tipo específico en una ley

---

penal. En diversos países latinoamericanos, el abuso y el maltrato comienzan a ser conceptualizados y reconocidos como violencia.

Erradicar la violencia obstétrica implica acciones de estado fundamentales para evitar su normalización, así como su prevención. La tipificación de la violencia obstétrica implica una acción de Estado para prevenirla y castigarla.

En ese orden de ideas, la tipificación de la violencia obstétrica sería útil para la sociedad, educando e intimidando a cualquier persona que intervenga en la prestación de servicios de salud y que mantiene la violencia obstétrica normalizada y además para el agresor en concreto, ya sea reintegrándolo en el sistema a fin de no volver a violentar a ninguna mujer, intimidándolo o neutralizándolo.

Al respecto existen teorías absolutas y relativas sobre la pena, a las primeras, ven a la pena como una retribución, como un castigo a la persona delincuente a fin de restablecer el orden social violado y borrar el delito cometido. Por otra parte, las teorías relativas sobre la pena, aseguran, la pena tiene fundamentalmente un fin de prevención general y especial y constituye una amenaza punitiva, un freno, un control, una motivación para los ciudadanos en general de abstenerse a delinquir (Londoño, 1984). De acuerdo con Londoño citando a su vez a Bentham, “las teorías preventivas legitiman una actuación de cara al futuro: que se decida sobre la aplicación de una pena en función de si (el mal de) está evita un sufrimiento superior. No se busca, simplemente, castigar al delincuente. Por el contrario, se persigue prevenir nuevos delitos” (Londoño, 1984).

De acuerdo con Fuentes (2003), las soluciones para resolver un problema de violencia son diversas y no existe una solución la cual resuelva todos los casos, las soluciones se pueden dividir en dos grupos, las acciones para controlar la violencia y las acciones dirigidas a prevenirla. El mismo autor nos refiere, las distintas acciones para prevenir pueden dividirse de la siguiente forma:

- Las cuales modifican los factores estructurales;
- Las cuales cambian los factores sociales;

- 
- Las enfocadas en factores específicos (programas puntuales);
  - Las cuales buscan modificar un conjunto de factores (programas integrales);
  - Las dirigidas al total de la población (prevención primaria),
  - Las dirigidas a los grupos de alto riesgo (secundaria); o
  - Las dirigidas a las víctimas y agresores (terciaria)

Continúa el autor citando al Banco Interamericano de Desarrollo, diciendo que la prevención integral, es aquella que “actúa sobre un conjunto de factores de riesgo, debido a que la violencia es un fenómeno multicausal y debe ser atacada con un conjunto de medidas tanto en el ámbito de prevención como de control (Fuentes Romero, 2003).

Por otra parte, continúa Fuentes (2003) citando al Banco Interamericano de Desarrollo que la prevención primaria, va dirigida a reducir los factores de riesgo y a aumentar los factores de protección en diversos grupos de población (en este caso personas con capacidad gestante) y la prevención secundaria se centra en grupos de alto riesgo de desarrollar conductas violentas (en este caso personal de salud) y la prevención terciaria trabaja con individuos quienes han sido previamente violentos.

De acuerdo con Montiel, aunque un régimen sancionador no será la solución definitiva, sí constituye un instrumento imprescindible para la drástica reducción de los casos de violencia obstétrica. El mismo autor afirma, la erradicación de la violencia obstétrica requiere de un plan integral del Estado y un régimen sancionatorio debe existir como uno de los pilares de una política preventiva general. (Montiel, 2019)

La violencia obstétrica es una violencia de género y como una de ellas, es una problemática de la sociedad contemporánea. En materia de género y de violencia obstétrica subsisten vejámenes propios de la edad media, como la tortura de parir de manera horizontal, la prohibición de ingerir agua o alimentos durante el parto, vejaciones las cuales pueden derivar en la pérdida del producto o pérdida de la vida de la mujer.

Un claro ejemplo de como el derecho penal puede ayudar a disminuir y en su momento erradicar la violencia obstétrica es cómo se ha tipificado la violencia de género,

---

la mujer en la lucha por obtener protección a sus derechos y a la búsqueda de la erradicación de la violencia contra las mujeres, ante la falta de herramientas jurídicas y la cultura de impunidad para los hombres, buscó reformas legales con el potencial de proporcionar una justicia no sólo simbólica y real para todas las mujeres, si no también aumentar la conciencia pública sobre el tema de la violencia. (Hall, 2014).

Las mujeres hemos luchado por establecer en el orden jurídico una perspectiva de género en el marco normativo público y privado. El Estado Mexicano tiene la obligación de crear normas para subsanar los vacíos ante las complejas realidades como la violencia de género. Es cierto, la creación de tipos específicos como por ejemplo el feminicidio no han servido para disminuir su incidencia, pero si han servido para visualizar el problema. Lo anterior en el tema de violencia obstétrica y en cualquier violencia de género es vital, en virtud de la normalización de la cual ha sido objeto durante siglos, como ya lo hemos apuntado, ni siquiera la mujer sabía ser víctima de violencia, muchos perpetradores todavía no pueden aceptar la violencia en sus conductas habituales y rutinarias, por lo cual es importante visualizarla.

La violencia obstétrica requiere urgentemente de una medida visibilizante, no sólo ante la sociedad en general sino en particular a los prestadores de los servicios de salud y a las universidades y escuelas técnicas donde se capacitan y educan. La creación de un tipo penal servirá para visualizar la violencia obstétrica, donde cada individuo quien tenga a su cuidado la prestación de servicios de salud a favor de la mujer embarazada, en estado de parto o puerperio, cuide su actuar, revise sus procedimientos, se informe sobre las conductas consideradas violencia obstétrica y reevalúe su proceder a fin de no enfrentarse a un juicio penal por la comisión de violencia obstétrica.

#### **IV. La tipificación de la violencia obstétrica como sanción.**

Continuando con los fines de la tipificación de la violencia obstétrica y la pena atribuible, es menester ahondar también en el tema de la prevención especial. De manera claro hemos apuntado la necesidad de sancionar la violencia obstétrica en base

---

a los tratados internacionales celebrados por México e incluso con fundamento en nuestra propia constitución, esta sanción no la concibe la suscrita como un medio de retribución, de castigo corpóreo, de venganza, si no creo la misma debe tener como fin último la corrección y reinserción del agresor, el cual en este delito en particular no es un delincuente “normal”, es una persona, quien ha dedicado su vida y su profesión a salvar vidas, quien ha realizado un juramento “hipocrático” con el máximo respecto a la vida, pero como hemos señalado en capítulos anteriores, al verse envuelto en el *habitus* médico, ha normalizado la violencia al grado de no darse cuenta la violencia inflingida en sus pacientes utilizando sus conocimientos médicos para contravenir las normas aplicables en la atención del embarazo, parto y puerperio y consecuentemente violando los derechos humanos de las personas gestantes. Al respecto Londoño (1984) cita a Roxin y nos dice “imponer una pena no es un proceso metafísico, sino una amarga necesidad en una comunidad de seres imperfectos como son los hombres”.

De acuerdo con lo anterior, quien comete un delito, necesita un proceso de resocialización o de reeducación a fin de no volver a cometer conductas delictivas, cuando más cuando el agresor no es consciente o no quiere aceptar la violencia en las conductas realizadas de manera rutinaria hacia la mujer y las cuales seguirá cometiendo día a día porque su actuación no tiene ninguna consecuencia para su persona ni para el ejercicio de su profesión.

## **V. La tipificación como un medio de acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia obstétrica.**

Como hemos afirmado en párrafos anteriores, en la especie el acceso a la justicia por parte de las víctimas de violencia obstétrica representa uno de los mayores obstáculos para las personas con capacidad gestante de gozar plenamente del derecho a una vida libre de violencia por lo cual es necesario establecer un mecanismo eficaz para hacer valer sus derechos. Al respecto el Comité de Expertas de la CEDAW en la Recomendación General 33 sobre el Acceso de las Mujeres a la Justicia destacó su

---

relevancia afirmando, el acceso a la justicia es: *“un elemento esencial del estado de derecho y la buena gobernanza, junto con la independencia, la imparcialidad, la integridad y la credibilidad de la judicatura, la lucha contra la impunidad y la corrupción, y la participación en pie de igualdad de la mujer en la judicatura y otros mecanismos de aplicación de la ley. El derecho de acceso a la justicia es pluridimensional. Abarca la justiciabilidad, la disponibilidad, el acceso, la buena calidad, el suministro de recursos jurídicos para las víctimas y la rendición de cuentas de los sistemas de justicia.”*(Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015)

A este respecto la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció en el caso I.V. vs Bolivia: *“la ineficacia judicial frente a casos individuales de violencia contra las mujeres propicia un ambiente de impunidad que facilita y promueve la repetición de los hechos de violencia en general y envía un mensaje según el cual la violencia contra las mujeres puede ser tolerada y aceptada, lo que favorece su perpetuación y la aceptación social del fenómeno, el sentimiento y la sensación de inseguridad de las mujeres, así como una persistente desconfianza de estas en el sistema de administración de justicia. Dicha ineficacia o indiferencia constituye, en sí misma, una discriminación de la mujer en el acceso a la justicia.”* (Corte I.D.H., 2016).

Siguiendo con el ejemplo de la violencia de género, ha sido un largo camino para visualizar la violencia doméstica y las mujeres víctimas de este tipo de violencia pudieran acceder a la protección del estado en caso de violencia intrafamiliar. Sin embargo, existen otros tipos de violencia de género como la violencia obstétrica la cual todos los días siguen alimentando una cultura de discriminación estructural contra el género femenino sin mecanismos para asegurar la protección de sus derechos humanos. Por lo cual es nuevamente importante destacar la obligación del estado de asegurar la investigación y sanción de todas las conductas violentas a las cuales se enfrentan las mujeres en diferentes etapas de su vida.

---

## **CAPÍTULO IV.- PROPUESTA PARA TIPIFICAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

### **4.1 Conductas las cuales deben ser consideradas en el tipo penal.**

Una vez justificada la pertinencia de la tipificación, le parece interesante a la de la voz, analizar si existen otros tipos en los cuales se pudiera encuadrar las diferentes conductas constitutivas en violencia obstétrica. Para lo anterior, utilizaremos como base la lista de conductas elaborada por Vergara y las cuales transcribiremos una vez más tratando de agruparlas de acuerdo con el bien tutelado.

- **Derecho a la libre autonomía:**
  - Ser obligada a estar inmovilizada durante la labor y el parto.
  - Ser amarrada / inmovilizada contra su voluntad.
  - Ser obligada a callar.
  - Realización de cesáreas innecesarias en contra de la voluntad y/o sin informar riesgos y opciones.
  - Ser separada del bebé por demasiado tiempo sin explicaciones.
  - Interferir con la lactancia materna, no brindando información ni acompañamiento / dar biberones de glucosa al recién nacido en contra de la voluntad de la madre o sin informar.
- **Derecho a Decidir y estar informada (Tratamientos obstétricos innecesarios o sin consentimiento debidamente informado).**
  - Aplicación de anestesia epidural u otros procedimientos sin consentimiento.
  - Inducción de parto y otras intervenciones sin consentimiento y sin informar riesgos y opciones.
  - Realización de episiotomía innecesaria sin informar los riesgos del procedimiento.
  - Ser víctima de esterilización sin consentir el procedimiento o sin ser informada.

- 
- Utilizar a la madre sin su consentimiento, como instrumento para la enseñanza a estudiantes de medicina de procedimientos dolorosos, riesgosos (para ella y el bebé) y/o innecesarios.
  - **Derecho a una vida libre de violencia (Insultos, vejaciones, invisibilización o ridiculización)**
    - Violencia verbal por parte del staff médico / enfermeras.
    - Staff médico actúa como si la parturienta no estuviera presente, ignorando incluso sus preguntas y peticiones.
    - Ser ridiculizada cuando se piden explicaciones.
    - Ser maltratada, desvalorizada, humillada o tratada de cualquier forma indigna durante el embarazo por parte del staff médico / enfermeras.
    - Ser humillada por parte del staff médico en el posparto cuando se exige información sobre el parto.
    - Agresiones verbales de carácter sexual (chistes sexuales, comentarios sexuales, referencias negativas a la sexualidad de la mujer).”
  - **Derecho a la libertad y seguridad de las personas. (Amenazas, acoso, o presión psicológica a un parturienta con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad)**
    - Ser amenazada legalmente (amenazar con demandas, retirar el bebé por medio de servicios de protección de la niñez, con tomar medidas penales contra la madre si esta no toma la decisión que plantea el médico dado el caso se presente la muerte del neonato).
    - Ser amenazada con ser la culpable de la posible muerte del bebé si no se accede a proceder como el médico lo indica, sin brindar opciones ni información completa.
  - **Derecho a la vida privada.**
    - Presencia de múltiples extraños sin consentimiento durante la labor y/o parto.
    - Filmar, tomar fotos u otros registros audiovisuales sin el consentimiento de la mujer.

- 
- Aplicación de intervenciones innecesarias en contra de la voluntad (enemas, rasurado).
  - **Derecho a estar acompañada.**
    - Impedir la presencia de un acompañante (esposo, doula, madre).
  - **Derecho a la Dignidad Humana (Tortura)**
    - Ignorar suplicas y realizar intervenciones dolorosas (cesáreas, histerectomías, suturas) cuando la anestesia no surte efecto.
    - No detenerse cuando se realizan procedimientos dolorosos, innecesarios o violentos a pesar de solicitarlo (por ejemplo, tactos excesivos o muy dolorosos, ruptura de membranas).
  - **Derecho a la salud**
    - La negación del servicio de salud en el momento del parto o una emergencia obstétrica.(Vergara, A., 2014)

Una vez clasificadas las conductas genéricas consideradas violencia obstétrica, de acuerdo con el bien jurídico tutelado, debemos destacar, dentro de estas se encuentra el derecho a estar acompañada, derecho el cual reconocemos, la mayoría de las veces no depende del personal de salud al cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el cual requiere de una infraestructura mayor en nuestro sistema de salud a fin de lo cual todas las mujeres embarazadas puedan contar con un espacio adecuado para parir en compañía de la persona de su confianza. Al respecto, existen propuestas en el Senado de la República con el propósito de fortalecer el sistema de parteras en nuestro país, a fin de lo cual cada mujer embarazada, pueda estar acompañada por una partera durante la labor de parto y su recuperación, tema muy interesante el cual merece un estudio específico y por lo cual consideramos no ser conveniente incluirlo como una conducta tipificada.

Una vez aclarado la anterior, asimismo es menester hacer notar, las conductas descritas con anterioridad pueden tener un nivel de violencia mayor o menor, así como consecuencias menos o más graves. Es decir, por ejemplo, la negación del servicio médico, puede traer como consecuencia simplemente el traslado de la mujer a otro

---

hospital cercano sin mayores consecuencias al trauma por la angustia vivida y el dolor físico infligido, pero también puede traer como consecuencia como en el caso de “Jacky” quien es una mujer en pobreza extrema, menor de 15 años quien en la noche en la cual comenzó con trabajo de parto la rechazaron en 3 hospitales diferentes para otorgarle atención obstétrica, aun encontrándose en labor de parto y terminó teniendo a su bebé en un matorral al lado de la carretera intentando llegar a otro hospital para recibir atención, lo cual trajo como consecuencia la pérdida de su hijo. Por lo cual las penas a establecer para cada tipo penal deben tener un rango distinto de acuerdo a la gravedad de la violencia y consecuencias del mismo.

Asimismo, creemos necesario, aun cuando algunas conductas puedan recaer en otro tipo penal como por ejemplo el homicidio o las lesiones, tipificar la violencia obstétrica, la cual en dichos casos deberá ser considerada como una modalidad agravante de la conducta típica realizada, en virtud de cometerse en contra de una mujer en el estado tan vulnerable en el cual se encuentra durante el embarazo, parto o puerperio, tal y como lo proponemos en párrafos posteriores.

En cuanto a las conductas encuadradas bajo el bien jurídico titulado de “Derecho a la libertad y seguridad de las personas” consistentes en amenazas, las mismas podrían encuadrar en el tipo penal descrito en el artículo 172 del Código Penal para el Estado de Hidalgo, el cual establece a la letra:

“Artículo 172.- Al que amenace a otro con causarle daño en alguno de sus bienes jurídicamente tutelados o en los de un tercero con quien el ofendido tenga vínculos de amor, amistad, parentesco o gratitud o al que por medio de amenazas trate de impedir que otro haga lo que tiene derecho a hacer, se le impondrá prisión de tres meses a dos años y multa de 10 a 40 días. Si el amenazador cumple su amenaza, además, se aplicará la punibilidad del delito que resulte, el cual podrá ser motivo de averiguación por separado, sin perjuicio de decretar su acumulación cuando sea procedente. Este delito se perseguirá por querrela de parte ofendida”.

Tipo penal el cual consideramos sería aplicable en la especie, sin embargo, consideramos importante crear un tipo penal específico que dimensione la gravedad de las amenazas durante la atención del embarazo, parto y puerperio y no sólo como una

---

agravante cuando sean cometidos por personal médico, por lo que proponemos sea incluido como una de las conductas del tipo penal de violencia obstétrica.

#### **4.2. Propuesta de reforma.**

Por lo anterior se propone tipificar a la violencia obstétrica en el estado de Hidalgo tomando como base el catálogo de conductas antes descritas, mediante una reforma al Código Penal del Estado de Hidalgo, para proponer la creación del Capítulo VII del título V, al cual se le denominará: “Violencia Obstétrica” para quedar tipificado en sustitución de los actuales artículos derogados a partir del Artículo 191, como lo establecemos a continuación.

## **PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

Tipificar la violencia obstétrica en el Código Penal para el estado de Hidalgo, para quedar como sigue:

**TÍTULO V**  
**DELITOS CONTRA LA LIBERTAD Y EL NORMAL DESARROLLO PSICOSEXUAL**  
**Y DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS**  
**CAPÍTULO I..., CAPÍTULO II..., CAPÍTULO III..., CAPÍTULO IV..., CAPÍTULO V...,**  
**CAPÍTULO VI...**

**CAPÍTULO VII**  
**VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

**Artículo 191.** Para los efectos de este código, se entiende por violencia obstétrica, toda acción u omisión ejercida por el personal del sistema de salud, ya sea público o privado o por cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos.

---

**Artículo 192.** Comete el delito de violencia obstétrica el personal del sistema de salud ya sea público o privado o por cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, y que:

- I. Niegue o no atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres durante el embarazo, en labor de parto, puerperio o cualquier emergencia obstétrica;
- II. Amenace, veje e insulte, minimice, ignore o trate de manera deshumanizada a una mujer durante la atención del embarazo, parto o puerperio.
- III. Altere el proceso natural del parto de bajo sin causa justificada, mediante el uso de técnicas de aceleración, ya sean químicas, físicas o mecánicas, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer o de quien legalmente pueda otorgarlo, en caso de que las condiciones de la mujer lo impidan hacerlo ella misma.
- IV. Coaccione o presione psicológica, emocional, física u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- V. Practique un parto por cesárea, cuando existan condiciones para continuar el proceso natural del parto, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- VI. Obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.
- VII. Realice intervenciones obstétricas como: episiotomías, rasurados, tactos frecuentes e innecesarios, desgarre de membranas, etc.; injustificadas y sin el pleno consentimiento debidamente informado de la mujer.
- VIII. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer;
- IX. Se niegue realizar un proceso de salpingoclasia o cualquier otro método anticonceptivo, alegando la falta de autorización o negativa del marido o pareja de la mujer para hacerlo.

- 
- X. Realice cualquier procedimiento médico con fines anticonceptivos en el cuerpo de la mujer, sin su informado y pleno consentimiento.

Artículo 192. A quien realice las conductas señaladas en las fracciones II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX se le impondrán de seis meses a dos años de prisión, de 5 a 50 días multa y suspensión de tres meses a un año en el ejercicio de su profesión.

Artículo 193. A quien incurra en las conductas señaladas en las fracciones I y X será sancionado de *tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario y suspensión de uno a tres años en el ejercicio de la profesión*; sin perjuicio de la punibilidad resultante por la comisión de otros delitos.

Artículo 194. Además de las sanciones fijadas para los delitos consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión definitiva en el ejercicio de la profesión en los en que por la práctica obstétrica negligente o violenta provoque daños permanentes en la mujer, que le impidan tener una vida sexual plena o impidan la maternidad por los daños provocados a su aparato reproductor, se pierda la vida de la mujer o del producto y en casos de reincidencia.

Artículo 195. Quienes incurran en este delito, estarán obligados a la reparación integral del daño por sus actos y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos, así como a acreditar la capacitación en materia de parto respetado para reincorporarse al ejercicio de su profesión.”

---

## CONCLUSIONES

- La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género la cual se encuentra normalizada tanto en los sujetos activos como en los pasivos.
- Los sujetos activos no se dan cuenta o no aceptan ser violentos, actúan desde lo aprendido y desde el miedo a perder el control en la atención.
- No solo son hombres sino también mujeres quienes se encuentran en una relación de poder con la mujer embarazada en la cual buscan tener una supremacía.
- Las víctimas de violencia obstétrica son principalmente mujeres en edad reproductiva incluyendo a toda persona con capacidad gestante.
- Todas las mujeres en la etapa del embarazo, parto o puerperio pueden ser víctimas de violencia obstétrica, sin importar su estrato social, su preparación y si son atendidas en un hospital público o privado.
- Si es determinante las características antes descritas con relación a la exteriorización de la violencia obstétrica, en los hospitales públicos, encontramos tipos de violencias las cuales conllevan un ejercicio de poder entre el personal médico y la mujer, sin embargo, en los hospitales privados encontramos un lucro indebido por parte de las instituciones y los médicos, con el cuerpo de la mujer realizando procedimientos innecesarios con el fin de obtener un mayor beneficio económico.
- La violencia obstétrica se encuentra invisibilizada y normalizada, muchas mujeres no se dan cuenta de haber vivido violencia hasta el momento en el cual se hacen conscientes a través de la información, en virtud de tener interiorizado como definitivo la obligación de parir con dolor.
- El empoderamiento y la información con la cual cuente la mujer durante esta etapa vulnerable dificultará al agresor a ejercer violencia sobre la mujer, por lo tanto es necesario e imprescindible establecer políticas públicas a fin de visualizar esta violencia estructural la cual hemos soportado por siglos.
- Es necesario tipificar la violencia obstétrica siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, de la Corte Interamericana de Derechos

---

Humanos y del Comité de Expertas de MECSEVI, a fin de prevenir y sancionar la violencia obstétrica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abuya, T., Ndwiga, C., Ritter, J., Kanya, L., Bellows, B., Binkin, N., & Warren, C. E. (2015). The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0645-6>
- Akal, G. (2017). *Habitus. Pierre Bourdieu* | <http://www.nocierreslosojos.com/bourdieu-pierre-habitus/>
- ALMONTE GARCIA, GABRIELA. (2016). *VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO - PDF Free Download*. <https://docplayer.es/77559864-Violencia-ginecologica-y-obstetrica-la-medicalizacion-del-cuerpo-femenino.html>
- ASAMBLEA NACIONAL & DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia* | SITEAL. <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia>
- Belem Do Pará. (1995). *CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER «CONVENCION DE BELEM DO PARA»*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Benito, E. R., M. (2005). Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Biociencias, Universidad Alfonso X El Sabio, Vol. 3. Biblia de Jerusalem*. (2006). <https://www.bibliatodo.com/la-biblia/Biblia-de-Jerusalen/genesis-3>
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (1a ed.). Siglo XXI Editores.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. 57.
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120.
- Casas Patiño, Casas, I., Rodríguez Moctezuma, R., & Resendiz Rivera, S. (2010). Reflexiones sobre el habitus médico institucional. *Archivos en Medicina Familiar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. México*, 12(4), 106-108.
- Caso Britez Arce vs. Perú, (Fondo, Reparaciones y Costas) Sentencia de 16 de noviembre de 2022*. (2022). [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf)
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- CEDAW. (2001). *Alyne Da Silva, Brasil*. <https://cladem.org/biblioteca/caso-alyne-da-silva-brasil>
- Cesárea. (s. f.). *Centro Médico ABC*. Recuperado 16 de noviembre de 2022, de <https://centromedicoabc.com/centro-de-la-mujer/cesarea/>
- Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, 90 (2003). *Codigo Penal para el Estado de Libre y Soberano de Guerrero.pdf*. (s. f.). Recuperado 3 de mayo de 2024, de [http://tsj-guerrero.gob.mx/transparencia/instituto\\_mejoramiento\\_judicial/2017/Octubre/Codigo\\_Penal\\_para\\_el\\_estado\\_de\\_Libre\\_y\\_Soberano\\_de\\_Guerrero.pdf](http://tsj-guerrero.gob.mx/transparencia/instituto_mejoramiento_judicial/2017/Octubre/Codigo_Penal_para_el_estado_de_Libre_y_Soberano_de_Guerrero.pdf)
- Colomar, M., Cafferata, M. L., Aleman, A., Castellano, G., Elorrio, E. G., Althabe, F., & Engelbrecht, S.

- 
- (2014). Mode of childbirth in low-risk pregnancies: Nicaraguan physicians' viewpoints. *Maternal and Child Health Journal*, 18(10), 2382-2392. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1478-z>
- COMITÉ DE EXPERTAS DEL MECANISMO SEGUIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ. (2012). *Mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf*. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformehemisferico-es.pdf>
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (2013). *Ley General de Víctimas*. 94.
- Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. (2013). <https://hdl.handle.net/11362/21835>
- Constitución Política del Estado de Hidalgo. (1920).
- Constitución Política del Estado de Jalisco (1917). <https://www.diputados.gob.mx/bibliot/infolegi/consedos/constitu/jalisco.htm>
- Constitución Política del Estado de Puebla (1917). <https://www.diputados.gob.mx/bibliot/infolegi/consedos/constitu/puebla.htm>
- Constitución Política del Estado de Sinaloa (1922). <https://www.diputados.gob.mx/bibliot/infolegi/consedos/constitu/sinaloa.htm>
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Guerrero (1917). <https://congresogro.gob.mx/legislacion/CONSTITUCION-GUERRERO-15-06-2022.pdf>
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Morelos (1930). <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/constitucion/pdf/CONSTMOR.pdf>
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit. (1918).
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. (1922). <https://www.oaxaca.gob.mx/cocitei/wp-content/uploads/sites/48/2019/07/CONSTITUCION-POLITICA-DEL-ESTADO-LIBRE-Y-SOBERANO-DE-OAXACA.pdf>
- Delgado de Smith, Y. (2008). *MUJERES EN EL MUNDO: MIGRACION, GENERO, TRABAJO, HISTORIA, ARTE Y POLITICA*.
- Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas* | Comisión Nacional de los Derechos Humanos—México. (s. f.). Recuperado 29 de abril de 2024, de <https://www.cndh.org.mx/index.php/documento/diagnostico-de-la-violencia-contra-las-mujeres-partir-de-las-leyes-federales-y-de-las>
- Dute, J. (2011). European Court of Human Rights. ECHR 2011/6 Case of Ternovszky v. Hungary, 14 December 2010, no. 67545/09 (Second Section). *European Journal of Health Law*, 18(2), 221-223.
- Erdman, J. N. (2015, junio 2). Commentary: Bioethics, Human Rights, and Childbirth. *Health and Human Rights Journal*. <https://www.hhrjournal.org/2015/06/commentary-bioethics-human-rights-and-childbirth/>
- Fenwick, L., & Simkin, P. (1987). Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 30(1), 83-89. <https://doi.org/10.1097/00003081-198703000-00012>
- Figueredo, S. A. R., & Prieto, H. N. S. (2022). Estudio de caso Mamérita Mestanza (MM) contra Perú. *Revista Perspectivas En Inteligencia*, 13(22), 115-135.
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977* (1st American ed). Pantheon Books.
- Fuentes Romero, D. F. (2003). Políticas públicas y seguridad ciudadana: La violencia como problema público. *Estudios fronterizos*, 4(8), 13-31.
- Galtung, Johan. (1990). La violencia: Cultural, estructural y directa1. *Journal of Peace Research* 27.3 (1990), 27(3).
- Gaona, M., Zapata, R., & González, R. (2019). VICTIMIZACIÓN Y NECESIDAD DE PROTECCIÓN JURÍDICA A LA MUJER EMBARAZADA. *Revista Inclusiones*, 349-368.
- García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. [Universidad Autónoma de Madrid]. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)
- GIRE. (2015). *Informe GIRE 2015*. <https://informe2015.gire.org.mx/>
- GIRE, I. C. (2022). *Justicia olvidada*. Justicia olvidada. <https://justiciaolvidada.gire.org.mx/>

- 
- Guerrero, J. S., & de Chiapas. (2007). *Código Penal para el Estado de Chiapas*. 14.
- Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., & Mårtensson, L. B. (2012). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 28(3), 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.006>
- Hall, R. (2014). *Feminist Strategies to End Violence Against Women* | Scinapse. <https://www.scinapse.io/papers/2298389792>
- Harper, B. (2005). *Opciones para un parto suave*. Simon and Schuster.
- Hazard, B. (2015). Human rights in childbirth and midwifery care – Joining hands to change the 21st century for any woman, anywhere. *Women and Birth*, 28, S18. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.065>
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- INEGI. (2021). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (endireh) 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- I.V. vs Bolivia (2016). [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_329\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf)
- Lamadrid-Figueroa, H. (s. f.). *La epidemia de cesáreas en México*. 7.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (2008).
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Morelos (2007). <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/LMUJERVVEM.pdf>
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo. (2007).
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio del Valle (2008). <https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/MUJVIOLT.O..pdf>
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 1 (2017). <https://revistasacademicas.iberoleon.mx/index.php/entretextos/article/view/330>
- Ley General de Salud (1984).
- Londoño, H. L. (1984). La prevención especial en la teoría de la pena. *Nuevo Foro Penal*, 24, Article 24.
- Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.05.002>
- Maffia, D., Berkins, L., Cabral, M., Fernández-Guadaño, J., Fisher Pfaeffle, A., Giberti, E., Rapisardi, F., & Soley-Beltran, P. (2003). *Sexualidades Migrantes Género y Transgénero*. Feminaria Editora. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52885>
- Magnone Alemán, N. (2016). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: Intervencionismo y violencia obstétrica* - [Dataset]. Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR). <https://afar.info/id=2691/es>
- Medina-Arellano, M. de J. (2013). Derecho a recibir atención médica gratuita por embarazo y parto. *Diccionario de La Constitución Política Del Estado de Nayarit*. [https://www.academia.edu/22265518/Derecho\\_a\\_recibir\\_atenci%C3%B3n\\_m%C3%A9dica\\_gratuita\\_por\\_embarazo\\_y\\_parto](https://www.academia.edu/22265518/Derecho_a_recibir_atenci%C3%B3n_m%C3%A9dica_gratuita_por_embarazo_y_parto)
- MESECVI. (2017). *Informe de Implementación de las Recomendaciones del Cevy*. <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/FinalReport2017-Mexico.pdf>
- MESECVI. (2020). *Informe de Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del Mecanismo seguimiento de la Convención de Belém Do Pará (CEVI)*.
- MESECVI, A. (2013). *Segundo informe hemisférico del Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém do Pará* [Text]. Observatorio de Igualdad de Género. <https://oig.cepal.org/es/documentos/segundo-informe-hemisferico-mecanismo-seguimiento-la-convencion-belem-do>
- Montiel, J. P. (2019). Violencia obstétrica y tres dilemas de cara al régimen sancionatorio de carácter penal. *Revista de La Facultad*. [https://www.academia.edu/40091971/Violencia\\_obst%C3%A9trica\\_y\\_tres\\_dilemas\\_de\\_cara\\_al\\_r%C3%A9gimen\\_sancionatorio\\_de\\_car%C3%A1cter\\_penal](https://www.academia.edu/40091971/Violencia_obst%C3%A9trica_y_tres_dilemas_de_cara_al_r%C3%A9gimen_sancionatorio_de_car%C3%A1cter_penal)
- Moyer, C. A., Adongo, P. B., Aborigo, R. A., Hodgson, A., & Engmann, C. M. (2014). 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana.

- 
- Midwifery*, 30(2), 262-268. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.006>
- Murrieta, A. P. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>
- NORMA OFICIAL NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. (2016). [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0)
- Odent, Michel. (2002). *El Nacimiento y los Orígenes de la Violencia*. <https://docplayer.es/8131747-Michel-odent-el-nacimiento-y-los-origenes-de-la-violencia.html>
- Odent, Michel. (2013). *Childbirth and the future of Homo Sapiens* (First Edition). Pinter & Martin.
- Olza, I. (2013, abril 15). Las secuelas de la violencia obstétrica. *Ibone Olza*. <https://iboneolza.org/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-basic-principles-justice-victims-crime-and-abuse>
- Organización de las Naciones Unidas, U. (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas*. United Nations; United Nations. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Trabajando con individuos familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 111(3), 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Pickles, C. (2015). Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *South African Crime Quarterly*, 54(0), 5. <https://doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>
- Raine, A., Brennan, P., & Mednick, S. A. (1994). Birth Complications Combined With Early Maternal Rejection at Age 1 Year Predispose to Violent Crime at Age 18 Years. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 984-988. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950120056009>
- Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos*. (s. f.). Refworld. Recuperado 12 de mayo de 2024, de <https://www.refworld.org/es/leg/general/cedaw/2013/es/53711>
- Rodriguez, J., & Martinez, A. (2021). *La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112021000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001)
- Rodriguez, M. F. del R. (2015). El Mínimo de Efectividad y la Vinculatoriedad de la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Quid Iuris*, 29(Junio-Agosto). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34235.pdf>
- Tamés, R. (2014). Violencia obstétrica. Un fenómeno común pero olvidado. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14(1), Article 1.
- Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180.
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial->

---

de-la-infancia-2021

Vergara, A. (2014). *Víctimas sin voz: Violencia obstétrica*. vLex. <https://vlex.com.co/vid/victimas-voz-violencia-obstetrica-746671941>

