



## Categorías conceptuales de la violencia obstétrica.

Guerrero-Sotelo RN,<sup>1</sup> Hernández-Ramírez JC,<sup>2</sup> Hernández-Arzola LI,<sup>3</sup> Aragón-González GR<sup>4</sup>.

### Resumen

El presente manuscrito aborda la violencia obstétrica con el objeto de identificar y definir sus categorías de forma multidisciplinaria abarcando tanto las ciencias de la salud (medicina, enfermería, psicología) como las ciencias sociales (filosofía, derecho, sociología, pedagogía, antropología). El análisis documental del material bibliográfico permitió realizar una selección de aquellos manuscritos que buscaban conceptualizar y/o caracterizar la violencia obstétrica. De la revisión resultó la propuesta de seis categorías, a saber: concepto, causas, sujetos, descripción de la acción, tipología de la acción, estrategias de prevención y estrategias de combate.

**Palabras clave:** Violencia contra la Mujer, Servicios de Salud Reproductiva, Género y Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos del Paciente.

### *Obstetric violence conceptual categories*

### Abstract

This document is about the obstetric violence with the object to identify and define their categories in a multidisciplinary way, covering both the health sciences (medicine, nursing, psychology) and the social sciences (philosophy, law, sociology, pedagogy, anthropology). The documentary analysis of the bibliographic material is a selection of manuscripts that sought to conceptualize and / or characterize the obstetric violence. Of the review emerged to the proposal of six categories: concept, causes, subjects, description of the action, and typology of the action, prevention strategies and combat strategies.

**Keywords:** Violence Against Women, Reproductive Health Services, Gender and Health, Sexual and Reproductive Rights, Patient Rights.

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 declaró a la violencia como el mayor problema de salud pública a nivel mundial,<sup>1</sup> y enfatizó los efectos que tiene la violencia sobre la salud desde dos perspectivas: el primero, refiere el daño a la salud de los seres humanos, y el segundo, apunta a su relación con los servicios de atención a la salud. A su vez ambos efectos, se traducen necesariamente en costos políticos, sociales, culturales y económicos.

La violencia obstétrica (VO) surgió de contextos geográficos específicos y tuvo formas de manifestación singulares, no obstante, adquirió caracteres comunes al convertirse en un problema de salud pública, cuando los reportes, investigaciones y documentales en torno a ella se internacionalizan; es el caso de los realizados en Brasil y África, los cuales fueron pioneros en tratar de visibilizar y

conceptualizar el problema. Posterior a ello Latinoamérica visibilizó la esterilización forzada, Egipto la clitoridectomía, China los abortos forzados y finalmente Turquía la inspección de virginidad.<sup>2</sup>

Aquellos movimientos propiciaron la creación de una normativa internacional en la que la VO se relacionó con dos derechos humanos: el de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De dichas normas destacan: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y su Declaración (1995) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (denominada Convención de Belém do Pará 1996) .

Dichas normativas son aplicadas en México a través de diversas políticas públicas internacionales como son: a) los Objetivos de Desarrollo del

<sup>1</sup>Profesora-investigadora. Universidad de la Sierra Sur. Instituto de investigaciones sobre la salud pública.

<sup>2</sup>Director del Instituto de investigaciones sobre la salud pública. Universidad de la Sierra Sur. Instituto de investigaciones sobre la salud pública.

<sup>3</sup>Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería. Universidad de la Sierra Sur.

<sup>4</sup>Profesor-investigador. Universidad de la Sierra Sur.

### ✉ Correspondencia

D. P. P. Roxana Nayeli Guerrero Sotelo. Profesor-Investigador C, de la Universidad de la Sierra Sur.

Guillermo Rojas Mijangos s/n, Col. Ciudad Universitaria, 70800 Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oax.

**Teléfono:**  
(951)5724100 ext 211.

**Correo-e:**  
roxanaguerrero@unsis.edu.mx

## DETALLES DEL ARTÍCULO

Recibido: 25-Febrero-2019

Aceptado: 15-Marzo-2019

### Cómo citar este artículo:

Guerrero-Sotelo RN, Hernández-Ramírez JC, Hernández-Arzola LI, Aragón-González GR. Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. *Avan C Salud Med* 2019; 7 (1):23-32

Milenio y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS), que apunta a las reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil (ONU), y b) la Recomendación para los cuidados durante el parto y la Recomendación para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (OMS).

A dichas concepciones jurídicas y políticas se suman los discursos de áreas de la salud y ciencias sociales. En este sentido el objetivo del estudio es identificar y proponer las categorías mínimas que construyen la idea de VO; a fin de servir en el proceso de toma de decisiones a todos los profesionales vinculados al proceso de salud y enfermedad de las mujeres, lo que a su vez permitirá evitar el error o la ignorancia.

### Metodología

Se realizó una revisión cuyo objetivo fue recolectar, analizar y organizar la producción de conocimiento en relación con la VO a fin de mostrar no sólo el desarrollo cronológico de las líneas de investigación, las problematizaciones y sus soluciones; sino también para orientar el proceso de toma de decisiones relacionadas al área de salud, tanto en lo clínico como en lo interdisciplinar (administrativo, organizacional, económico, político y/o jurídico). Los pasos para su elaboración fueron: formulación de la pregunta de investigación; elaboración de criterios de inclusión; búsqueda y selección de la información; análisis, interpretación y organización de la información; presentación de conclusiones.<sup>3</sup>

La pregunta que guió la búsqueda, preselección y selección final de artículos fue ¿qué es la VO? Las bases de datos en las que se realizó la búsqueda de información fueron: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed-MedLine), *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALyC), *Education Resources Information Center* (ERIC), *Webs of Science* (WOS), Biblioteca Virtual en Salud OPS-BIREME (Portal Regional da BVS), Repositorio Institucional para compartir la información OMS (IRIS). Los descriptores y operadores Booleanos fueron: violencia obstétrica OR

violencia contra la mujer. Los criterios de inclusión: a) artículos en español, inglés y portugués, b) artículos de revisión, artículos resultados de investigaciones cualitativas y/o cuantitativas, artículos de reporte de experiencia, artículos de reflexión u opinión, y c) con una delimitación temporal de 2009 a 2018.

Junto a los anteriores buscadores de ciencias de la salud y sociales se ocuparon otros para identificar las normas jurídicas nacionales e internacionales, a saber: explorador de jurisprudencia nacional (SCJN), Buscador Jurídico de Derechos Humanos (BJDH), Buscador de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Derecho de la Unión Europea (EU-LEX). Los descriptores y operadores Booleanos que identificaron el tema fueron: violencia obstétrica AND derechos reproductivos OR derechos sexuales. Los criterios de inclusión: a) sentencias, jurisprudencia, tratados internacionales y leyes, y b) delimitación temporal de 1995-2018.

Se preseleccionaron aquellos escritos que respondían a la pregunta central de la revisión. La estrategia empleada fue la búsqueda y lectura del título y el abstract; el resultado fueron 300 artículos. Para la selección final se leyeron completos los artículos incluyéndose los que respondían por lo menos 4 de las 6 preguntas siguientes: 1 ¿Qué es la VO? (Categoría definitoria), 2 ¿a partir de qué surge la VO? (Categoría causal), 3 ¿Qué sujetos intervienen en la ejecución o sufrimiento de la VO? (Categoría subjetiva), 4 ¿Cómo se manifiesta fáctica o clínicamente la VO? (Categoría de descripción de la acción), 5 ¿Cómo se sistematizan las acciones y omisiones en la VO? (Categoría de tipología de la acción?); y 6 ¿Cómo se combate y previene la VO? (Categoría de prevención y combate). La selección final consistió en 32 artículos, 1 estudio internacional, 5 publicaciones, guías o estudios del gobierno federal Mexicano, y 2 estudios de asociaciones civiles u organizaciones no gubernamentales (ONG's) mexicanas.

### Resultados

Entre los años 2008 y 2018 el incremento de publicaciones sobre VO mostró una tendencia lineal ( $r^2= 0.71$ ), (figura 1). El crecimiento porcentual total en el periodo fue de 1100% y se intensifi-

# Artículo de Revisión



có notablemente durante el último tercio, el cual sugiere previsión de crecimiento exponencial. Una posible causa que explica tal incremento es que, en la última década del siglo XX se comenzó a regular a través del derecho internacional la VO, ello obligó a los países firmantes a actualizar su marco normativo y político a través de la tipificación de delitos y el perfilamiento de las políticas públicas en salud.

En la tabla 1, se muestra la proporción de publicaciones realizadas por país, donde resalta Brasil como principal emisor con casi el 50% de todas las publicaciones. Asimismo, se presentan las can-

tidades de hombres y mujeres en términos de autoría y el índice de masculinidad de autores país y general. Costa Rica presentó la mayor paridad en términos de involucración masculina en el estudio de la VO, la menor participación masculina se observa en Venezuela, Argentina, Sudáfrica y Cuba, seguidos por Brasil. En general, la colaboración masculina en autoría es sólo una cuarta parte de la femenina.

En la tabla 1, también se observa la distribución de publicaciones conforme a idioma de publicación, donde resalta el inglés como el idioma de difusión más utilizado.

**Tabla 1.** Características generales de las publicaciones sobre VO, 2008-2018.

CARACTERÍSTICA	CANTIDAD	AUTORÍA		
		MUJER	HOMBRE	ÍNDICE DE MASCULINIDAD*
PAÍS DE PUBLICACIÓN				
Brasil	15 [46.9%]	42	4	9.5
México	5 [15.6%]	8	5	62.5
Perú	5 [15.6%]	11	7	63.6
Venezuela	2 [6.3%]	2	0	0
Argentina	2 [6.3%]	2	0	0
Costa Rica	1 [3.1%]	2	2	100
Sudáfrica	1 [3.1%]	1	0	0
Cuba	1 [3.1%]	3	0	0
Total	32 [100%]	71	18	25.4
IDIOMA DE PUBLICACIÓN				
Inglés	16 [50%]			
Español	11 [34%]			
Portugués	5 [16%]			
Total	32 [100%]			

Fuente: elaboración propia.  
Número de artículos: 32.  
\* Número de hombres por cada 100 mujeres.

En la tabla 2, se muestra la cantidad de publicaciones de acuerdo con los campos profesionales de conocimiento a los cuales se adscriben quienes ostentan las respectivas autorías. Resalta la gran predominancia de especialistas en enfermería comparados con los especialistas de otros campos profesionales del conocimiento que también difunden información sobre el tema.

Cabe destacar que, tales investigaciones abordan, directa o indirectamente la VO desde la política al argumentar en el marco teórico, en los ante-

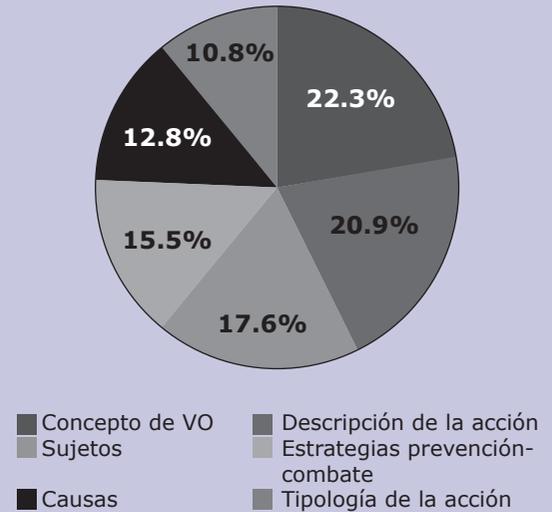
cedentes o en la introducción el fenómeno del poder, las relaciones de mando-obediencia, de fuerza-coacción y de jerarquía. De la revisión se advierte que existen pocos estudios del tema desde el derecho, la antropología y la sociología; así mismo la ausencia de estudios desde las ciencias económicas por cuanto hace al impacto económico de la VO; las relativas a ciencias de la tecnología por cuanto hace a la tecnologización del embarazo y/o parto; la geografía e historia referidas a la aparición, desarrollo, evolución y localización del fenómeno.

**Tabla 2.** Procedencia de las publicaciones de VO según campo profesional 2008-2018.

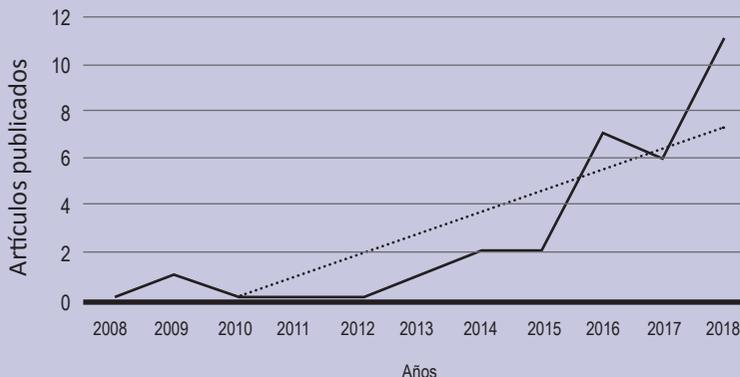
PROFESIÓN	CANTIDAD
Enfermería	41 [44%]
Medicina	21 [22.6%]
Derecho	6 [6.5%]
Psicología	6 [6.5%]
Antropología	5 [5.4%]
Pedagogía	2 [2.2%]
Filosofía de la enfermería	2 [2.2%]
Sociología	2 [2.2%]
Nutrición	2 [2.2%]
Historia	1 [1%]
Trabajo social	1 [1%]
Biología	1 [1%]
Ciencias sociales	3 [3.2%]
Total	93 [100%]

Fuente: elaboración propia.  
Número de artículos: 32.

**Figura 2.** Proporción de las categorías de VO presentes en las publicaciones.



**Figura 1.** Incremento de las publicaciones de VO, periodo 2008-2018.



Fuente: elaboración propia  
Número de estudios: 32

Aquel vacío en el conocimiento es relativo, pues si bien no existen artículos que lo aborden, si existen otros tipos de investigaciones que lo hacen como son las procedentes de organismos internacionales (ONU, OMS, OPS, UNICEF), las gubernamentales (México SSA, IMSS, CHNDH y CONAMED) y las procedentes de organismos no gubernamentales o la sociedad civil (GIRE y Fundación MacArthur).

A partir del análisis y la revisión reflexiva de la información encontramos 6 categorías que construyen la idea de VO, lo anterior lo derivamos por la frecuencia relativa con que se abordaban en la argumentación de los estudios, resultando en el siguiente orden descendente: concepto (22.3%), descripción de la acción (20.9%), sujetos (17.6%) causas (12.8%), estrategias de prevención y de combate a la VO (15.5%) y tipología de la acción (10.8%), (figura 2).

Así mismo, resultó que 69.69% de los argumentos utilizados por los investigadores, independientemente de corresponder a ciencias de la vida, de la salud o sociales, refieren teorías de género para explicar o dar cuenta de la existencia del fenómeno (23 artículos); a pesar de lo anterior sólo 9% (3 artículos) extienden los derechos de la mujer a las etapas de aborto y post-aborto.



De la misma forma, sólo 43% (10 artículos) hicieron énfasis en los roles y estereotipos que integran, funcional y estructuralmente, el fenómeno de la VO; encontramos dos caracterizaciones de la mujer; la primera vinculada a la maternidad y que implica caracteres psicológicos o físicos negativos como: la ignorancia, el error, la debilidad, la sumisión, la indecisión, entre otros; la segunda liga a la mujer con las profesiones de salud identificándose principalmente con la enfermería y el cuidado, e implica caracteres ambivalentes, es decir, negativos y positivos.

Finalmente, se encontraron patrones en cuanto a la conducta de los profesionales de la salud, en este sentido son las enfermeras quienes tienden a la violencia psicológica y los médicos a la física.

## Discusión

El término de VO en las ciencias de la salud y las ciencias sociales es problemático porque no existe una definición homogénea que lo exprese. Para el caso de México existen diversas regulaciones que la abordan directa o indirectamente, a saber:

- Las provenientes de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).
- Las derivadas de normas nacionales como es la Ley General de Acceso a las mujeres a una vida libre de violencia, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, la NOM-046-SSA2-2005 sobre la Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Así mismo se vinculan las normas mexicanas oficiales que regulan los servicios de salud (NOM-206-SSA1-2002), las residencias médicas (NOM-090-SSA1-1994), la educación en la salud (NOM-001-SSA3-2012), de los ciclos clínicos e internado de pregrado (NOM-234-SSA1-2003) del expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012) y el de infraestructura

y equipamiento de hospitales y consultorios (NOM-016-SSA3-2013).

- Las relativas a una ordenación estatal como es la prohibición de la violencia obstétrica en Chiapas, Estado de México, Guerrero y Veracruz.

En virtud de lo anterior, es que proponemos las siguientes 6 categorías que de forma interdisciplinaria construyen la idea de VO.

**Categoría 1. Concepto.** La mayor parte de los conceptos suelen definir la VO como una violencia contra la mujer consistente en una acción u omisión que atenta contra los derechos de salud, reproductivos y sexuales de la mujer, y abarca los periodos de gestación, alumbramiento, puerperio y ciclos reproductivos.<sup>1-33</sup>

En la mayoría de las investigaciones la VO se vincula con la violencia de género e implica evidenciar que el daño o menoscabo a la salud de la mujer ocasiona, e incluso justifica, por los roles, estereotipos, comportamientos, actitudes o perjuicios que la sociedad utiliza para identificar a una mujer o a un hombre.<sup>4-8,10-11,13-14, 17-19,21-26, 28-29,31,36</sup> Una diversidad de estudios feministas muestra que históricamente la autonomía de la voluntad de la mujer se ha visto disminuida o anulada, y que se traduce en diversos procesos de toma de decisiones como los relativos a los métodos anticonceptivos, número y espaciamiento de hijos, interrupción legal del embarazo, entre otros.

Así mismo, se identifica como una violencia institucional y tiene por sujeto de acción al Estado, es decir, que el daño o menoscabo a la salud de la mujer resulta de las diversas formas de acción de los funcionarios públicos (políticas públicas, normas, prácticas, entre otras).<sup>3,16</sup> De esta forma la VO se determina institucionalmente por las autoridades que integran un sistema político. Para México, en el Sistema Nacional de Salud participa la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Salud, el Instituto Mexicano de Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el Centro

Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Para la conceptualización de la VO, en México resultan determinantes las siguientes acciones de sujetos internacionales: la sentencia sobre esterilización forzada a mujeres indígenas o con VIH (CIDH), la elaboración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el ODS 5 apuntan no sólo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil sino a buscar la igualdad de género en el acceso a los servicios públicos (ONU), la Recomendación para los cuidados durante el parto y la Recomendación para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (OMS).

Política y jurídicamente, la violencia institucional no debe limitarse a las autoridades estatales sino a toda aquella autoridad que, directa o indirectamente, determine o influya en la toma de decisiones públicas y en la formación de opinión pública, como son: los defensores de derechos humanos y sus asociaciones, las organizaciones no gubernamentales, las iglesias, los empresarios, las escuelas, entre otros.

Junto a estas formas estandarizadas de comprender la VO existen otras menos comunes:

- Como violencia simbólica implica que las acciones u omisiones son indirectas y sutiles, de tal forma que quien la recibe suele ser inconsciente del hecho (microagresiones).<sup>6</sup> Ejemplo de ello es la naturalización de los medicamentos, la patologización del parto natural, las partidas presupuestales, los lugares de atención materna, entre otros.<sup>5, 13, 18, 25, 27, 36</sup>
- Como violencia estructural y/o cultural implican acciones u omisiones interpersonales o colectivas que derivan del contexto (social, económico y político) y de la estratificación social.<sup>18, 28</sup> La primera se traduce en una desigualdad en el reparto o acceso a los servicios de salud como es la ubicación de los centros de salud o el uso del español como único idioma. La violencia cultural correspondería a una des-

igualdad ocasionada por el racismo, sexismo, entre otros.

- Como violencia epistemológica implica la existencia de un saber, ciencia o práctica que excluye a otras formas de comprender y conocer. En nuestro tema, existe la exclusión de la medicina tradicional, la partería, la herbolaria entre otros.<sup>7, 14, 28</sup>

Categoría 2. Causas. Las causas al igual que los conceptos son divergentes y pueden ser clasificadas de la siguiente forma: <sup>4-5, 8, 10-11, 14, 17, 19, 21, 25, 31-36</sup>

- Las causas materiales apuntan al exceso o defecto de recursos económicos, de instrumentos e instalaciones; éstas pueden subdividirse por el sujeto como una carestía del sistema de salud (exceso de trabajo de los profesionales de salud, exceso de demanda del servicio, insuficiencia de recursos materiales y humanos) o una carestía del usuario (pobreza).
- Las causas sociales apuntan a rasgos de cultura, ideología o cosmovisión (modelo biomédico patriarcal, estructura patriarcal al interior de los centros de salud, cultura tradicional).

Cabe destacar, que una causa constante de la VO, es el conocimiento o desconocimiento de los derechos, ya sea por parte de las mujeres o de los profesionales de la salud; en este sentido resulta comprensible las estrategias que la CNDH ha tomado al respecto en cuanto a la certificación del personal y organización de campañas de difusión para las usuarias del servicio gineco-obstétrico. Así mismo identificamos los siguientes factores de riesgo: la raza, la pertenencia a un grupo indígena, la pobreza, los pocos niveles de estudio, la drogadicción, la edad (adolescencia), la preferencia sexual, etc.

Los estudios de género muestran que en el ámbito institucional de la salud existe un estereotipo <sup>6, 7, 10, 13, 14, 17, 22-24, 28</sup> que caracteriza a la mujer embarazada como una mujer débil, ignorante, incapaz de decisiones, histérica, con hiperactividad sexual, promiscua y con una sexualidad desenfrenada. <sup>3, 6-7, 23-24, 28</sup> El resultado psicológico de maltrato para la mujer es tanto la culpabilización del embarazado como la justificación de los actos de violencia, lo que lleva a su normalización.<sup>23</sup> Si-



tuación que agrava y complica el problema pues al igual que la violencia la depresión posparto es una preocupación constante en los tópicos de salud mental de la OMS.

**Categoría 3. Sujetos. ¿Quiénes ejercen la VO?** Todo actor que intervenga directamente en la atención del embarazo, parto o puerperio; es decir, todo personal profesional de salud (médicos, ginecólogos, enfermeros, anestesiólogos) y personal no profesional de la salud (parteras tradicionales).<sup>4, 7-9, 12-16, 19-26, 28-36</sup> Es importante hacer notar que la inclusión de los últimos sujetos es reciente y obedece a su vinculación a los derechos humanos en tanto que la medicina tradicional es manifestación de los pueblos indígenas, como sucede en México desde el 2011.

Cabe destacar que las investigaciones muestran en igualdad de porcentajes a los médicos y a las enfermeras como sujetos activos de la VO;<sup>4</sup> sin embargo, en la enfermería la presencia de mujeres supera al de los hombres en cuanto agente activo de la violación de derechos. En relación con la frecuencia de la forma de violencia: la ejercida por los doctores tiende al daño físico en tanto la cometida por personal de enfermería al daño psicológico (malos tratos, regaños y burlas).<sup>4, 36</sup>

En México existe escasa evidencia sobre el trato dentro del área obstétrica, sin embargo los estudios que existen señalan que sólo el 42% de las enfermeras se presentan con su paciente y sólo el 38% de ellas se dirigen a ellas por su nombre, mientras que el 58% de las embarazadas declaran que no se les proporcionó ningún tipo de resguardo a su intimidad. Por cuanto hace al trato digno en el área obstétrica los estudios muestran un desconocimiento o incumplimiento por parte del personal de enfermería, pues sólo el 60% conoce su significado mientras que un 36% reconoce que está en la carta de los derechos de los pacientes, y el resto identifica el trato digno con la atención profesional calificada y con el uso de la tecnología, dejando de lado el respeto y el buen trato.

En relación con el sujeto pasivo o víctima se ubica a las mujeres embarazadas y puérperas; aquí es importante puntualizar que para el caso de México no se extiende dicha protección para las

mujeres que abortan a pesar de que se encuentre permitido legalmente en ciertas circunstancias como: malformación, violación, etc. Tampoco en la Ciudad de México el concepto de VO se extiende al aborto y posaborto a pesar de la existencia de la interrupción legal del embarazo (ILE) situación que se repite en varios países.<sup>3-6</sup>

En función de las mismas propuestas de género y teorías sociales que abordan la VO es importante reflexionar sobre la incidencia de las relaciones patriarcales al interior de los centros de salud, en específico sobre los procesos de toma de decisiones de las profesionales de salud (médicas, enfermeras, anestesiólogas, etc.), lo anterior no sólo para comprender holísticamente el proceso de la VO sino también para el diseño de nuevas estrategias para la prevención y combate de la violencia.

**Categoría 4. Descripción de la acción.** Por cuanto hace a la descripción de las acciones u omisiones<sup>3-9, 12-36</sup> que integran la VO física señalan: la episiotomía, la tricotomía, la amniorrexia, la posición supina para parir, la maniobra Kristeller y Valsalva, la administración de oxitocina, intervenciones en el cuerpo con fines didácticos, la prohibición de ingesta de hidratación y actividad física, la normalización de la cesárea, la utilización de fórceps, la prohibición de un acompañante, así como el rasurado. Por cuanto hace a la violencia verbal y psicológica: la no traducción del lenguaje técnico, la omisión de la información y de la obtención de un consentimiento informado, las burlas, los silencios, las ironías, los regaños, el juicio de descalificación y/o imposición de ciertos valores éticos-morales, la discriminación social y étnica, entre otros tratos inhumanos y degradantes.

Las líneas de reflexión sobre estos puntos son diversas; la primera de ellas es de índole geopolítico pues en Latinoamérica y África la VO que más se investiga y denuncia es la física así como la negación del servicio de atención médica; en tanto que en Estados Unidos y Europa la investigación se enfoca más a la medicalización y tecnologización del parto. Un segundo punto de reflexión derivado de estudios en ciencias de la salud y multidisciplinarios muestra que diversas prácticas médicas carecen de suficiente evidencia científica

que demuestre su necesidad o su beneficio, tales como: el pujo dirigido, los enemas, los tactos recurrentes, la inducción con oxitócicos, la episiotomía, la episiorrafia, entre otros.

Categoría 5. Tipología de la acción. La siguiente categoría corresponde a los tipos de acción o tipología de la VO y son los rubros en los que se clasifican las diversas manifestaciones anteriormente señaladas. Existe muchas clasificaciones y también sujetos que las realizan, así hay internacionales, regionales, nacionales o subestatales procedentes del gobierno, de las instituciones de la salud, de la academia, o bien, de organismos no gubernamentales o asociaciones civiles.<sup>4, 6-77, 11-12, 15-16, 20-21, 23-24, 27-28, 31, 34-35</sup> No obstante de ello, la más difundida es aquella que la clasifica en 7 tipos, a saber: abuso físico, cuidado no consensual, abuso verbal, discriminación, abandono, negligencia o negativa de la asistencia, detención en los servicios y la imposición de intervenciones obstétricas no consensuales sin bases científicas.

En México, el abordaje de la VO es disímil y depende tanto del estado como de la institución pública, ello porque no existe una norma federal o general que lo defina explícitamente.<sup>36</sup> Desde el 2007 la Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia define genéricamente y clasifica los tipos de violencia (psicológica, física, patrimonial, económica y sexual) y sus modalidades (ámbito familiar, laboral, docente, comunal e institucional) pero no aborda la VO, en este sentido es comprensible que en nuestro territorio exista una diversidad de definiciones al respecto atendiendo al estado o a la institución. Es importante destacar que en la mayoría de los estados sólo existe la tipificación del delito de esterilización forzada (todos con excepción de Colima, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas) no así de la VO (Chiapas, Estado de México, Guerrero y Veracruz).

Pese a todas las normativas y políticas públicas, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el periodo 2002-2017 reportó 26,773 quejas de las cuales 3,090 (11.5%) corresponden al área gineco-obstétrica. De dicho total, 583 (18.9%) provienen del sector privado y 2,477 (81.1%) del

público, no obstante al finalizar el proceso se invierte pues 65% de los laudos corresponden al sector privado y 35% al público. Los motivos de las quejas fueron los siguientes: relación médico-paciente 21.5%, problemas de diagnóstico 20.4%, tratamiento quirúrgico 19.9%, tratamiento médico 18.5%, atención al parto y puerperio 9.2%, deficiencias administrativas 5.9%, accidentes e incidentes 3.4% y auxiliares de diagnóstico 1.3%. En cuanto a la gravedad del daño, es importante mencionar que 2,318 quejas que representan el 75% del total no indican el daño, mientras que en las restantes se manifiesta: daño permanente 7.3% (225), muerte 6.9% (212), sin daño físico 6.6% (203) y daño temporal 4.3% (132).<sup>37</sup>

En el mismo sentido, GIRE publicó en 2015 el estudio “Niñas y mujeres sin justicia: derechos reproductivos en México” en el cual evidenció que, para el periodo 2009-2012 tanto la SSA como el IMSS no tenían registro ni detalles de las quejas en VO, contraviniendo con ello lo establecido en la NOM-007-SSA2; por su parte el ISSSTE reportó 122 casos de malos tratos y negligencia médica contra mujeres en atención gineco-obstétrica y la CNDH reportó 122 quejas relacionadas a mala práctica o maltrato a la mujer en la atención del embarazo, parto y puerperio.<sup>38</sup>

Categoría 6. Estrategias de prevención y combate. Finalmente, por cuanto hace a las estrategias de prevención y de combate, se señalan: un modelo internacional de cuidado obstétrico y elaboración de guías o manuales nacionales, la educación y sensibilización de los profesionales de la salud respecto de las normas, la visibilización del problema, el modelo de parto humanizado e intercultural, análisis multidisciplinario y holístico de la VO y no sólo desde la clínica médica, ampliación de los servicios de salud a toda la población, la aplicación del modelo Douglas para un adecuado cuidado psicológico, y finalmente, la participación de todos los agentes sociales en la educación y sensibilización respecto del tema.<sup>3-11, 13-14, 17-18, 21-23, 26-27, 29-31, 33-35</sup>

De las medidas anteriores, en México se implementó el parto humanizado e intercultural a través del programa denominado “Atención a las Mujeres en el Parto: Enfoque, Humanizado,



Intercultural y Seguro” en los siguientes hospitales: Baja California (1), Campeche (1), Colima (1), Chihuahua (3), Durango (1), Ciudad de México (2), Estado de México (2) e Hidalgo (3). Dicho programa no sólo reivindica los derechos de las mujeres sino también de los pueblos y comunidades indígenas al complementar la medicina alopática con la medicina tradicional.

Junto a ello, en México la CNDH emitió 15 recomendaciones en relación con la VO, la mayoría dirigidas al IMSS<sup>10</sup>, seguida de las entidades Federativas<sup>3</sup> y por último, otros hospitales públicos del Gobierno Federal, Petróleos Mexicanos e Instituto Nacional de Perinatología. De su análisis exhaustivo, establecimos las siguientes coincidencias: a) exhorto al personal de las áreas involucradas a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional; y b) diseño e impartición de cursos de capacitación, en: 1) derecho a la pro-

tección de la salud materno infantil, con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez; 2) conocimiento, manejo y observancia de las normas en materia de salud, 3) derecho a una vida libre de violencia obstétrica, y 4) adecuada integración del expediente clínico.

#### Agradecimiento.

Al M.S.P. José Eduardo Orellana Centeno

#### Conflicto de intereses.

Los coautores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo”.

#### Fuentes de financiamiento.

Las fuentes de financiamiento: Apoyo de fomento a la generación y aplicación innovadora del conocimiento Prodep Oaxaca 26 de julio de 2018 a 26 de julio de 2019

## Referencias bibliográficas

1. WHO, Resolution WHA49.25, 1994. World Health Assembly, 49. (1996). Prevention of violence: public health priority. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/179463>
2. World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086> p. 156
3. García García José Antonio et al. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. McGraw Hill. México, 2014, 125-134.
4. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *RevLat Am Enfermagem*. 2018; 26: e3069. doi:10.1590/1518-8345.2450.3069
5. Barbosa L, Fabbro M, Machado Y. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería* 2017; 35(2): 188-205. doi: 10.15446/av.enferm.v35n2.59637
6. Al Adib-Mendirí M, Ibáñez-Bernáldez M, Casado-Blanco M, Santos-Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica* 2017; 34(1): 104-111.
7. Rodríguez DP, Alves VH, Penna LHC, Branco MBLR, Souza RMP, SMM Padoin. Violence in obstetric care in the birth process: a descriptive exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2014; 13(suppl I): 399-401.
8. García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Acosta-Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Rev Cubana Salud Pública* 2013; 39(4): 718-732
9. Almaguer-González JA, García-Ramírez HJ, Vargas-Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Rev Género y salud en cifras* 2012; 10(2/3): 44-59
10. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* 2013; 4, 1(7):25-34
11. Castro R Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED* 2014; 19(1):37-42
12. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Obstetric violence according to obstetric nurses. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2014;15(4): 720-8

13. Raquel Pozzio, M. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas* 2016;24(1):101-117.
14. Camacaro-Cuevas M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 2009; 14(32): 147-162.
15. Cantón SBF, Amézquita JNR. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. *Revista CONAMED* 2018; 23(1): 33-42.
16. De Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev. Saúde Pública* 2017; 51: 69.
17. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters* 2016;24(47): 56-64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004
18. Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55.
19. Vacaflor C. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters* 2016;24(47):65-73.
20. Tomasdottir M, Kristjansdottir H, Bjornsdottir A, Getz L, Steingrimsdottir T, Olafsdottir O, et al. History of violence and subjective health of mother and child. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2016;34(4):394-400.
21. Palharini L. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu* 2017; (49); e174907. doi: 10.1590/18094449201700490007
22. Assis JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.* 2018;(133): 547-565. doi: 10.1590/0101-6628.159
23. Marrero L, Brüggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3): 1152-1161. doi:10.1590/0034-7167-2017-0238.
24. Pinto-Leal SY, de Azevedo-Lima VL, Ferreira-da Silva A, Feitosa-Lopes Soares PD, Ribeiro-Santana L, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem* 2018, 23(2).
25. Martínez-Villa C, Rangel-Flores Y. Experiences Influencing upon the Significance of Obstetric Care in Mexican Nurses. *Invest Educ Enferm* 2018; 36(1): e12. doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e12
26. Moreiras-Sena L, Dalcanale-Tesser C. Violencia obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface-Comunicacao, Saude, Educacao* 2017; 21(60): 209-220. doi: 10.1590/1807-57622015.0896
27. Al Adib Mendiri, Miriam, et al. "La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer." *Med. leg. Costa Rica* 34.1 (2017): 104-111.
28. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sex., Salud Soc.* 2016;(24):43-68.
29. De Souza AB, da Silva LC, das Neves-Alves R, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Ciências Médicas* 2017; 25(3): 115-128.
30. Oliveira VJ, Penna CMM. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto contexto-enferm* 2017; 26(2); e06500015. doi:10.1590/0104-07072017006500015
31. Palma CC, Schneider Donelli TM. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico* 2017; 48 (3): 216-230. Doi: 10.15448/1980-8623.2017.3.25161
32. Heidari S, Moreno CG. Gender-based violence: a barrier to sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matters* 2016;24(47): 1-4. doi: 10.1016/j.rhm.2016.07.001.
33. Rodríguez DP, et al. O Descubrimiento da lei do acompanhante como agravio a saúde obstétrica. *Texto contexto-enferm.* 2017; 26(3): e5570015. doi: 10.1590/0104-07072017005570015
34. Villegas-Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 2009; 14(32): 125-146.
35. Pickles C. Eliminating abusive 'care': a criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quarterly* 2015; (54): 5-16. doi: 10.4314/sacq. v54i1.1
36. Pozzio M. Una propuesta de "Parto Humanizado", los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social 2013. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
37. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Análisis de la queja médica en el servicio de Ginecología y Obstetricia [Internet]. México: CONAMED; 2018 p. 59. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4\\_Gineco-obstetricia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf)
38. Grupo de Información de Reproducción Asistida. NIÑAS Y MUJERES SIN JUSTICIA. DE-RECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO [Internet]. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.; 2019 p. 304. Disponible en: <https://gire.org.mx/838-2/>