

Violencia obstétrica

Artículo de revisión

Valenzuela-Banda Alejandra*, de la Torre-Rodríguez Felipe Alonso*

Resumen

La violencia contra las mujeres, en cualquier etapa de la vida, constituye una violación a sus derechos humanos y a sus libertades fundamentales, por lo que existe un amplio marco jurídico internacional que sustenta y protege contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. El concepto de violencia obstétrica es relativamente nuevo y aún poco conceptualizado, relacionado de manera casi exclusiva al periodo del parto. La violencia obstétrica se entiende como cualquier forma de violencia por la que pase la mujer durante el embarazo y el proceso de parto. Comprende todo daño físico, sexual, psicológico, emocional, laboral o económico para las mujeres y la coacción o la privación arbitraria de su libertad. La institucionalización, la medicación excesiva, la falta de información relacionada a los procedimientos y el paternalismo médico que pueden ocurrir antes, durante y después del parto, han conducido al sometimiento de la mujer gestante a un abuso cotidiano por parte del personal de salud, convirtiéndose en un problema de salud pública y de derechos humanos, que se define como violencia obstétrica. En este documento se presenta una revisión del tema. **LUXMÉDICA, AÑO 14, NÚMERO 41, MAYO-AGOSTO 2019, PP 43-58**

Abstract

Violence against women, at any stage of life, constitutes a violation of their human rights and their fundamental freedom, which is why there is a broad international legal framework that supports and protects against violence related to reproductive health. The concept of obstetric violence is relatively new and still modestly conceptualized, related almost exclusively to the period of childbirth. Obstetric violence is understood as any form of violence that a woman goes through during pregnancy and the birth process. It includes all physical, sexual, psychological, emotional, labor, or economic damage to women and coercion or the arbitrary deprivation of their freedom. Institutionalization, excessive medication, lack of information related to procedures, and medical paternalism that may occur before, during and after delivery, have led to the submission of the pregnant woman to daily abuse by health personnel; becoming a problem of public health and human rights, which is defined as obstetric violence. This document presents a review of the topic. **LUXMÉDICA, AÑO 14, NÚMERO 41, MAYO-AGOSTO 2019, PP 43-58**

Palabras clave: violencia obstétrica, parto, mujeres.

Keywords: obstetric violence, childbirth, women

Antecedentes

La convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue adoptada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Es considerada como la Carta Internacional de los derechos humanos de las mujeres y establece la obligación de los estados de adoptar las medidas apropiadas que garanticen servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el puerperio, de tal forma que

* Residentes de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer del estado de Aguascalientes, Ags., México

Fecha de recibido: 15 de noviembre 2018
Fecha de aceptación: 10 de enero 2019

Correspondencia: Dra Alejandra Valenzuela Banda. Hospital de la Mujer. Av. Siglo XXI No. 109. Ciudad Satélite Morelos. Aguascalientes, Ags., México.
Teléfono (01) 449 977 33 30 y 32. Fax: 01 449 977 35 00 Correo electrónico: ale.valenzuela.banda@gmail.com

todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.¹

En 1985 la OMS publicó recomendaciones sobre las prácticas adecuadas para la atención en el parto y el nacimiento, ratificándolas y ampliándolas en 1996.²

Fueron diez los principios que la OMS asignó como Cuidado Perinatal, entre las que destacan:³

1. Ser no medicado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.^{3,4}

Es hasta 1993 cuando se emite la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas que define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".¹ Posteriormente la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará"), adoptada el 9 de junio de 1994 y ratificada por México el 19 de junio de 1998, impone a los estados a abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal, agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación, así como adoptar las medidas jurídicas apropiadas para preve-

nir, sancionar y erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada.¹

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) considera que la consecución del derecho a la integridad personal implica, en el ámbito de la salud materna, la obligación de los estados de garantizar que las mujeres disfruten del más alto nivel posible de salud física y mental sin discriminación. Aun cuando se debe analizar cada situación particular, la CIDH considera que los casos en que se practican intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos a las mujeres sin su consentimiento o que ponen en riesgo físico su salud, tales como la esterilización forzada, pueden constituir una violación al derecho a la integridad personal. Así mismo, constituirían una violación a este derecho los casos en los que se atente contra la dignidad de las mujeres, como la negación de atención médica que ocasione un daño

a su salud o que le cause un estrés emocional considerable.¹

En el contexto global, el primer caso de reconocimiento institucional de violencia obstétrica se dio en Venezuela, con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,⁴⁻⁹ la cual es un referente para las legislaciones que surgieron posteriormente en la región.^{1,4,7,9}

En la legislación argentina, la violencia obstétrica se define de conformidad con la Ley 25.929.^{5,9} Esta Ley se promulga como Ley de parto humanizado en el 2004,² una expresión reciente que pretende dar cuenta de las prácticas y los discursos médicos que ejercen algún tipo de violencia –física, psíquica o verbal– sobre las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva, en especial durante los períodos del embarazo, parto y el puerperio;² esta ley establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, entre ellos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante estos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existan diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.^{1, 9-11}

En 2014, la OMS emitió la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”. En este documento se destaca el alarmante nivel de trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto como expresiones violatorias de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales. En el mismo documento se expone la necesi-

dad de erradicar el trato irrespetuoso y la conducta negligente durante la atención a embarazadas a través de las siguientes acciones:

1. Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto. En este rubro se enfatiza la necesidad de realizar más investigaciones que permitan definir y medir el maltrato y la falta de respeto para determinar con precisión la magnitud del problema y comprender mejor su impacto en la salud, el bienestar y las elecciones en salud de las mujeres.
2. Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad. Estos programas deben incidir en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud: consentimiento informado, información a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.
3. Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto. En este sentido, es necesario elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa orientadas a modificar la organización y administración de los servicios con perspectiva de género, derechos e interculturalidad que facilite la prestación de una atención respetuosa y de calidad en el parto.
4. Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso. Como un elemento principal, los profesionales de la salud requieren

respaldo y capacitación para asegurar que las embarazadas sean tratadas con dignidad. De la misma manera, es necesario documentar y buscar que se repliquen las experiencias exitosas de los servicios que actualmente brindan atención respetuosa.

5. Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas. En este sentido, la única forma de lograr la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto será con la participación de las comunidades, las organizaciones de mujeres y pacientes, las asociaciones de profesionales de la salud, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, los representantes de los gobiernos y del sector privado, los investigadores y los organismos internacionales.^{1,12}

Marco normativo mexicano

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, incluye tres estrategias transversales: democratizar la productividad, gobierno cercano y moderno y perspectiva de género.¹³ La meta nacional México en Paz, tiene como objetivo, entre otros, garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación, para lo cual es indispensable promover medidas especiales orientadas a la erradicación de la violencia de género en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, entidades federativas y municipios, además de garantizar el cumplimiento de los acuerdos generales emanados del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, mediante una coordinación eficaz entre los diversos órdenes de gobierno.

Bajo ese contexto, el 30 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018.¹

A fin de resolver los retos existentes en materia de violencia y discriminación contra la mujer en nuestro país, el programa tiene cinco objetivos:

1. Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres. Para cumplir el objetivo se prevé la estrategia donde se eliminan disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres, promoviendo la tipificación del delito de violencia obstétrica.
2. Trabajar en prevención integral y reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas. Para cumplir con el objetivo se prevé la estrategia de fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud, promoviendo políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo, por supuesto, violencia obstétrica.
3. Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia.
4. Asegurar el acceso a la justicia de las mujeres mediante la investigación efectiva, reparación del daño y la sanción.
5. Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Cada uno de los objetivos contiene una serie de estrategias y líneas de acción. Conforme al Programa, los participantes de las líneas de acción enunciadas son: el Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar

y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y el Sistema Nacional de Salud. En México, en el ámbito federal, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se regulan en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007.¹

A la fecha la LGAMVLV no incluye expresamente el tipo de violencia obstétrica.¹

Entre el 6 de octubre de 2015 y el 14 de abril de 2016, los grupos parlamentarios de los partidos Partido Acción Nacional, Partido Revolucionario Institucional y Partido de la Revolución Democrática presentaron cinco iniciativas que pretenden, entre otras cuestiones, incorporar en la LGAMVLV la definición de violencia obstétrica.¹

En el ámbito nacional, son diez los estados de la República Mexicana que definen la violencia obstétrica en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia: Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, Tamaulipas, San Luis Potosí y Veracruz. Entre ellos, Chiapas y Veracruz la tipifican como delitos en sus códigos penales.¹ En general, estas leyes señalan que violencia obstétrica es "toda acción u omisión por parte del personal de salud, que atenta contra el derecho a la no discriminación, a la salud, la integridad física, la igualdad y la privacidad, especialmente en lo que ve a la salud sexual, los derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y su autonomía para ejercerlos de manera informada; así como el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales; trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, un daño físico o psicológico, o la muerte de la madre o del producto".^{1,14}

De tal forma que se puede manifestar como:

I. La negativa, el retraso o la omisión in-

justificada de brindar atención médica oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o ante alguna emergencia obstétrica.

- II. El trato deshumanizado, denigrante, discriminatorio o negligente cuando una mujer solicita asesoramiento o requiere atención durante el embarazo, el parto o el puerperio.
- III. El alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante técnicas de aceleración o de inducción al trabajo de parto normal, o a la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto.
- IV. El uso irracional de procedimientos médicos como la episiotomía.
- V. El practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural; sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- VI. El imponer de manera coercitiva o sin el consentimiento informado algún método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente, especialmente durante la atención del parto.
- VII. El negarse a administrar analgésicos cuando no existe impedimento médico para ello.
- VIII. El obligar a la mujer a parir en una posición en específico, cuando existan los medios técnicos para que lo realice en la posición que ella elija.
- IX. El obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz el recién nacido con su madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- X. El acosar o presionar psicológicamente o con el manejo del dolor a una mujer en labor de parto con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad o coaccionar para obtener su consentimiento.
- XI. El negarse a proporcionar a la mujer información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos o manipular

la información para obtener su consentimiento.

- XII. El utilizar a la mujer como recurso didáctico sin su consentimiento y sin ningún respeto a su dignidad humana y a su derecho a la privacidad.
- XIII. El retener a la mujer o al recién nacido en los centros de salud o instituciones análogas debido a su incapacidad de pago.
- XIV. Cualquier otro que atente contra la autonomía de las mujeres a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales, niegue el acceso a la salud reproductiva de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, y/o el derecho a la información respecto de los procedimientos médicos y quirúrgicos a los que están expuestas.¹

Finalmente, el artículo 30 Bis 1 dispone que no se considerará que existan actos de violencia obstétrica cuando en los casos de las fracciones III, IV, V, VI y XII se obtenga el consentimiento previo voluntario, expreso e informado de la mujer.¹

El día 7 de abril de 2016 se publicó 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, con el objeto de contribuir a corregir las desviaciones que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Si bien este documento normativo no emplea el término violencia obstétrica, es enfático en la perspectiva de derechos humanos, colocando en el centro del proceso de atención el respeto a la dignidad, a la cultura y a la autonomía de las mujeres, así como el derecho a recibir una atención de calidad. En este sentido, en diferentes párrafos del texto se insiste sobre la importancia de la información completa, veraz, clara y oportuna como elemento indispensable para la participación autónoma de la mujer, incluyendo las decisiones

relacionadas con el autocuidado. La Norma establece la importancia de la prevención, detección oportuna de factores de riesgo y manejo adecuado de las complicaciones y de las urgencias obstétricas como una prioridad permanente.^{1,15}

Las disposiciones internacionales en las que el Estado Mexicano es parte, en cuyos supuestos quepa la violencia obstétrica, forman parte del marco jurídico de protección de los derechos humanos de las mujeres en el Estado Mexicano. El tercer párrafo del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala que "Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley".^{1,16}

El Estado mexicano cuenta con un marco legal que protege los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho a la protección de la salud y a la vida libre de violencia. La violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos de las mujeres; derecho que, de conformidad con nuestra Carta Magna, el Estado tiene obligación de prevenir, investigar, sancionar y reparar.¹

¿Cómo se origina la violencia obstétrica?

No se ha logrado llegar aún a un consenso sobre las causas potenciales que generan violencia obstétrica. Se ha propuesto una génesis multifactorial, donde entran en juego factores como los sociales en lo que se ignoran los derechos de la mujer embarazada, y otros propios de las unidades de salud, donde se origina una mala atención por parte del equipo de salud.⁶

Dos de los grandes problemas de donde surge la violencia son la naturalización de dicha violencia obstétrica (cualquier reacción que se realice por el profesional de salud es aceptada) y la desinformación de la población. Por ello, las pacientes que sufren este tipo de violencia por lo general no saben que han sido víctimas de violencia.⁵

Algunas otras causas relacionadas a la violencia son:¹⁷

- Violencia en las relaciones de poder: es la sumisión, pasividad y obediencia de la mujer con respecto al concepto histórico y cultural que se tiene sobre el equipo de salud en donde el médico como figura de autoridad se torna incuestionable, desarrollando así una relación de poder en las prácticas discriminatorias.^{3,18}
- Violencia con el cuerpo femenino: es todo tipo de intervencionismo innecesario sin consentimiento de la paciente para ser realizado. Entre los cuales tenemos: cesárea injustificada, episiotomía rutinaria, maniobras ginecoobstétricas realizadas con fuerza física y medicalización excesiva.^{3,19,20}
- Violencia a través de la comunicación: es el tipo de violencia en donde exista maltrato, entre emisor, en este caso quienes conforman el equipo de salud y el receptor, la mujer en su etapa de embarazo, parto o puerperio. Se puede presentar:
 - a) Agresión verbal: aumento del tono de voz, impaciencia, insultos, frases irónicas, humillación, amenazas, discriminación.
 - b) Conductas de escasa o inadecuada información: ausencia de aclaraciones, información negada, fragmentada o confusa.
 - c) Conductas de omisión: falta de atención o indiferencia.¹⁷
- Violencia en forma de servicio: es el incumplimiento por parte de las autoridades de cada institución de salud en

cuanto a las normas establecidas o de las instalaciones apropiadas para brindar un servicio integral. Ejemplos claros son la burocratización del acceso a servicios, demora en la atención, condiciones precarias del servicio, falta o ausencia de profesionales.^{3,20,21}

- Violencia como violación de derechos: es el incumplimiento de los derechos de la paciente por parte del equipo de salud. Como ausencia de acompañante durante el parto o revisión ginecológica o el que se impida el contacto precoz entre madre y recién nacido sin causas justificables.^{3,20,22}

Los esfuerzos de prevención de las violaciones de derechos de las mujeres en los servicios de salud se han centrado sólo en las cuestiones de "calidad" y "calidez" de la atención, desconociendo de esta manera la verdadera naturaleza del problema, que básicamente se centra en el reiterado fracaso de los esfuerzos de "sensibilización" al personal de salud en torno a violencia obstétrica,²³ y al síndrome de *burn out* con el que trabaja parte del personal secundario a la excesiva cantidad de trabajo cotidiano y/o a doble o triple jornada de trabajo.

Formas de violencia

El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 a 2012 corresponden al área de ginecología-obstetricia. Entre las formas de violencia encontradas resaltan el maltrato por parte del equipo médico, la naturalización de la violencia en este contexto, la violencia de género y la desinformación, como procedimientos médicos sin consentimiento informado, violación de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, retención en hospital por falta de pago.⁵ Se encuentran focos que alertan sobre la vio-

lencia de parte del personal, concretamente: negligencia, violencia física, verbal y hasta sexual. Los actos de negligencia pueden aparecer por descuido pasivo o como intentos activos de ignorar a las pacientes por su conducta. Otra forma de dividir la violencia obstétrica es con base en la percepción de las usuarias y la percepción del personal de salud.³

1. La percepción de las mujeres: revela que la práctica más referida por las usuarias es el "trato deshumanizante" y comprende actos como: obstaculizar el apego precoz, críticas por llorar o gritar durante el parto, imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o inquietudes, burlas y comentarios irónicos y descalificantes. Entre quienes más incurrir en esta conducta: el personal de enfermería (70%), en segundo lugar el personal médico. Otras formas de violencia descritas por las usuarias son los actos médicos sin consentimiento informado; el principal, tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores.^{3,7} La OMS señala que el número de tactos vaginales debe limitarse.¹² El segundo acto médico sin consentimiento informado es la administración de oxitócicos. Entre otros, aparecen: rasurado del área vulvar, colocación de enema, decúbito dorsal obligado, episiotomía, cesárea, entre otros. Son muchas las prácticas rutinarias realizadas por parte del personal de salud hacia la mujer, las cuales son reconocidas por las gestantes como violentas. Existe un cierto grado de "ocultamiento" de información, dejando a las gestantes fuera de la toma de decisiones.^{3,7}
2. Percepción de los profesionales de la salud: existen 2 tipos de comunicaciones que se dan entre las mujeres y los profesionales de la salud. La primera es la comunicación terapéutica que sería aquella en la cual se le da un lugar al

otro; y la no terapéutica, es decir aquella que se vuelve impersonal y refleja un ejercicio de poder por parte de los profesionales de salud. Se reconoce que la cantidad de trabajo obliga al profesional de salud a acelerar el proceso del parto, para poder ingresar más pacientes a la Unidad, por lo que se ve a la mujer como un objeto y no como un sujeto. La mayoría de las prácticas que realizan de manera sistemática a menudo son violentas para las mujeres, mientras que para ellos es tan sólo un paso a seguir de acuerdo con los procedimientos "necesarios" para llevar a cabo el parto. El personal médico se encuentra en una postura ambivalente; por un lado, reconoce que algunas de las prácticas tanto directas como indirectas no son "adecuadas" a la hora de tratar a las mujeres; pero a su vez es muy difícil que vean y reconozcan que esa manera "no adecuada" de dirigirse hacia las mismas, es sentida y vivida por ellas como acto violento, lo cual genera grandes consecuencias, sentimientos y recuerdos desagradables.³

Algunas experiencias de intervención

En 2010 se publicó una revisión de la evidencia sobre la falta de respeto y los malos tratos que reciben las mujeres durante la atención institucional del parto, en la que se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos de diversos países. En un estudio se hace mención a maltrato físico evidente, humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo en la admisión en establecimientos de salud, negligencia durante la atención del parto, y retención de las mujeres y de

los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.¹

Además, identificaron que el trato irrespetuoso y ofensivo es más probable que ocurra en las mujeres adolescentes, solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las mujeres positivas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹

Se diseñó en 2014 la Estrategia de capacitación para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en las salas de obstetricia de los servicios de salud, operada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la cual consistió en un curso de capacitación de 40 horas para formar facilitadores en 24 estados del país.^{1,24}

Una de las principales consecuencias de esta práctica de violencia obstétrica es el miedo a un siguiente embarazo y parto y, por lo que es todavía más importante, su negación a recordar y ni siquiera nombrar la experiencia padecida, sumando a la humillación sentimientos de vergüenza y culpabilidad.²

Durante la atención obstétrica institucional las mujeres pueden experimentar una amplia gama de maltratos que violan sus derechos humanos y reproductivos, que se relacionan con fallas en la infraestructura, con la organización de los servicios de obstetricia, con la manera como se forma a los médicos, así como en la forma en que se concibe a las propias mujeres en la sociedad.¹

Circunstancias como la burocratización, la mercantilización y la medicina defensiva han generado un entorno cada vez más desfavorable para la relación médico-paciente. Observamos un comportamiento poco sensible, que se traduce en rapidez en las consultas, desinterés del médico por los aspectos emocionales y por las condiciones de vida de las personas, un exceso de estudios de laboratorio y gabinete y

ocultamiento o manipulación de la información. Todas, manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes.²⁵

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas a menudo como enfermas, por lo que son susceptibles de recibir una asistencia perinatal configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados, con un interés casi nulo por la vivencia integral del embarazo, parto y puerperio. Especialmente destacable, cuando el parto es tratado como un mero trámite quirúrgico, cuya máxima expresión es la generalización de las cesáreas.¹

El principio de beneficencia obliga al ginecoobstetra a buscar a través de un juicio clínico riguroso el mejor balance de beneficios sobre riesgos de las distintas alternativas médicamente razonables para el manejo del problema de la paciente. Sin embargo, es la paciente competente quien decidirá si las estrategias clínicas propuestas por el médico son consistentes con sus intereses y cuáles no lo son. Al elaborar tales juicios, la paciente puede utilizar valores y creencias que van más allá de los intereses directamente relacionados con la salud: creencias de tipo religioso o decisiones sobre el número de hijos que ella quiere tener. En este ámbito las decisiones son exclusivamente competencia de la paciente. Este principio obliga al médico a respetar la integridad física y psicológica de la paciente, y respetar sus valores, creencias e intereses para implementar solo aquellas estrategias clínicas autorizadas por ella como resultado del proceso de consentimiento informado. Este consentimiento tiene tres elementos fundamentales:

1. El médico brinda información adecuada a la paciente acerca de su condición y propuesta de manejo.
2. Comprensión de la información por la paciente.

3. Decisión voluntaria de la paciente para autorizar o rechazar el manejo propuesto por el médico.^{1,8}

Defensa de los médicos por los Colegios de especialistas en Ginecología y Obstetricia

El 10 de junio de 2015 la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG), emitió un comunicado a propósito de las modificaciones legislativas en distintas entidades federativas sobre la llamada violencia obstétrica.²⁶ En este documento se hace un pronunciamiento en nombre de la FEMECOG: "Los ginecoobstetras mexicanos estamos de acuerdo en que toda acción médica debe realizarse con estricto apego a los derechos de igualdad, no discriminación, respeto, así como a ser precedida por la disposición de información adecuada y suficiente, siempre tutelando la vida y preservando la integridad y autonomía de las mujeres durante el proceso reproductivo y sobre las decisiones respecto a su fertilidad."¹

Más adelante se menciona que todos los ginecoobstetras mexicanos están "completamente de acuerdo en intervenir sólo en los casos en que se requiera para salvaguardar el bienestar de la madre y de su hijo" para de ahí manifestar el total desacuerdo con el uso del término violencia obstétrica para designar "la intervención médica o la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo..." conforme a lo señalado en la normatividad vigente. En los párrafos siguientes se expone que uno de los principales obstáculos para mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica se encuentra en las condiciones y carencias de la actual infraestructura hospitalaria de la que los ginecoobstetras no son responsables. La parte final del documento se refiere al carácter pernicioso de las medidas de carác-

ter punitivo en contra de los médicos, de donde se propone que antes que tipificar el delito de violencia obstétrica se deben buscar medidas de tipo administrativo y de políticas públicas. La declaración de la FEMECOG concluye con una manifestación de respaldo, solidario y legal, a cualquier especialista en Ginecología y Obstetricia que sea señalado por su quehacer científicamente validado y oficialmente normado. En el sitio web del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. (COMEGO) se encuentra un documento titulado Propuesta del COMEGO para eliminar el término de "Violencia Obstétrica"⁴ en el que el Colegio, por medio de su Comité de Biojurídica, manifiesta a la comunidad médica que la práctica de la medicina en lo general y de la Ginecología y Obstetricia en lo particular está por una cultura del trato digno y respeto a los Derechos Humanos de las pacientes y sus familiares, así como por el respeto mutuo entre los que intervienen en el acto médico. En los párrafos siguientes se hace el señalamiento de que "el término erróneo "Violencia Obstétrica" ha causado confusión y desprestigio dentro de la Medicina, al no corresponder con los principios éticos que la rigen bajo las premisas elementales de beneficiar siempre o al menos no dañar... dicho término resulta falaz y nocivo ya que no sólo se planteó de manera intrusiva e irresponsable por personas carentes de conocimiento médico sino que también fue aprovechado y magnificado por grupos diversos para abanderar, promover o reivindicar sus propios intereses." COMEGO emite su aval para que el documento de la OMS, "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud" sea considerado en todos sus términos. Por lo anterior se propone eliminar el término "Violencia Obstétrica" y sustituirlo por el de "Falta de respeto y maltrato durante la atención del parto".¹

Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica implica la violación de los derechos reproductivos de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Se ha relacionado con la falta de empatía y malestar emocional del profesional médico.²⁷

Son diferentes las razones que llevan a los médicos que atienden embarazo y partos a ejercer la violencia obstétrica, por ejemplo: falta de formación, de habilidades técnicas para afrontar aspectos emocionales y sexuales del parto, el propio trauma no resuelto o el síndrome de burnout.^{27,28}

El síndrome de burnout es una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.⁷ El agotamiento emocional ocurre por pérdida de la energía, desgaste emocional, fatiga, irritabilidad, pérdida del disfrute de las tareas e insatisfacción laboral. La despersonalización es el distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferencia hacia los demás. Por último, aparecen signos de abandono de la realización personal, sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto de sus logros, llegando a apartarse de las actividades familiares, sociales y recreativas.²⁷

En el ámbito laboral este síndrome afecta principalmente a los profesionales que tienen un trato directo con las personas y en su trabajo se requieren altas dosis de entrega e implicación, por ejemplo: personal médico, de enfermería, de psicología y docente.²⁷ Este síndrome no sólo afecta el bienestar emocional del profesional sino que es un factor que influye en la disminución de la calidad para atender a los pacientes.²⁷

En el ámbito de la Ginecología y Obstetricia es importante considerarlo, pues se ha demostrado una prevalencia importante

del síndrome en el personal médico. La forma de afrontar el estrés y el desgaste profesional en los médicos tiene efectos en el bienestar de las pacientes. Esto puede originar situaciones de tratos groseros hacia las pacientes, falta de sensibilidad médica y deterioro de la relación médico-paciente.²⁷

Aunque el origen de la violencia obstétrica es múltiple, es posible sugerir que la falta de información acerca de la problemática y no tener las herramientas suficientes para hacerle frente puede tener un sentido causal. Esta falta de formación dificulta la relación médico-paciente y puede generar efectos en el síndrome burnout, principalmente despersonalización y agotamiento emocional, que se relaciona con el malestar emocional de los profesionales de salud. Este síndrome tiene alta probabilidad de conducir a tratos y prácticas negativas implicadas en la violencia obstétrica. En general, se debe disponer de herramientas para prevenir la violencia obstétrica y el síndrome de burnout. Por lo tanto, es conveniente que en la formación del personal médico se incluyan cursos para ayudarlos a tener más herramientas que les permitan enfrentar de manera exitosa las situaciones propias de su profesión.²⁷⁻³¹

Sugerencia de atención materna y perinatal

De todo lo anterior se desprende la necesidad de crear un modelo de atención materna con perspectiva de género e interculturalidad como parte de una política pública sobre la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio. Para lograrlo se proponen las siguientes líneas estratégicas:¹

1. Universalizar la atención del parto incluyendo la atención de las emergencias obstétricas y fortalecer la creación de redes funcionales de servicios que optimicen la capacidad instalada y permitan ofrecer una atención oportuna y adecuada.

2. Construir un modelo de maternidad segura y respetada.
3. Subsanan las deficiencias en plantilla y recursos materiales en las unidades de atención obstétrica.
4. Destinar espacios adecuados para la atención humanizada del parto y capacitar al personal en lo que representa un nuevo modelo de provisión de servicios maternos y perinatales.
5. Incluir en forma ordenada, regulada y financiada la participación de personal de salud no médico calificado en la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo tanto en el ámbito comunitario como institucional: enfermeras obstetras, parteras profesionales, parteras tradicionales y educadoras perinatales.
6. Impulsar la creación y asegurar el financiamiento de escuelas públicas de partería a nivel profesional que cumplan con estándares internacionales.
7. Erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito de los establecimientos de salud centrándose en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud; consentimiento informado, información a las mujeres sobre sus derechos, sensibilizar y capacitar al personal en perspectiva de género y derechos humanos, mecanismos de reparación del daño a las mujeres o familias afectadas de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.
8. Documentar la magnitud del problema, así como diseñar investigaciones que permitan definir intervenciones efectivas para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres.
9. Evaluación permanente y sistemática de las quejas derivadas de la atención obstétrica, y de los casos de morbilidad materna muy grave y mortalidad materna que permita identificar las causas raíz subyacentes más allá del diagnóstico clínico, con el objeto de iniciar acciones correctivas y preventivas específicas, efectivas y eficientes.
10. Promoción de un cambio en el modelo educativo de los profesionales de la salud basado en la sujeción a una práctica clínica fundamentada en la mejor evidencia disponible y en una buena comunicación, con enfoque de respeto a los derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.
11. Prevenir, identificar y rehabilitar el desgaste laboral en los profesionales de la salud por representar una condición que afecta la salud de los profesionales sanitarios, su productividad, la calidad de su servicio y sus relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del establecimiento de salud. Uno de los rasgos característicos del burnout en los profesionales de la salud es la pérdida de interés por los pacientes y el trato deshumanizado. La prevención y la corrección de esta condición debe enfocarse principalmente en la misma institución.
12. No promover la judicialización del acto médico, evitar la medicina defensiva y promover los métodos alternativos para la solución de controversias como los que ofrece la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, logrando que los conflictos sean solucionados lo más óptimamente posible y que la impartición de justicia sea pronta, eficiente y eficaz. Lo anterior en ningún caso implica eximir de responsabilidad a los profesionales de la salud, que hayan sido responsables de violaciones o incumplimientos a la normatividad; sólo que, si se ha de sancionar, que sea de acuerdo con la gravedad de la desviación, al nivel de responsabilidad y no sin realizar una investigación completa, profesional, confidencial e imparcial sobre el caso.¹

Un cambio en el modelo de atención requiere que el acceso a servicios de calidad no sea prerrogativa de unas pocas, que los recursos se distribuyan reconociendo dignidad de las personas sin discriminación de ningún tipo y que las mujeres tengan la posibilidad de elegir. Para lograrlo es necesario modificar la formación del personal de salud, atender las deficiencias estructurales y crear una nueva cultura organizacional basada en los derechos humanos con una perspectiva ética, de género e interculturalidad que desnaturalice las expresiones violentas dirigidas en contra de las pacientes durante su atención y la violencia en la formación de educación del personal de salud como prácticas institucionalmente toleradas y protegidas. En México, Tena y Sánchez elaboraron una construcción teórica a la que denominaron medicina asertiva, definida por cuatro cualidades del acto médico:

1. Buena comunicación.
2. Sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*.
3. Respeto de los derechos del paciente.
4. Respeto de los derechos del médico.

Los beneficios de este modelo saltan a la vista: una práctica médica apegada a lo que el conocimiento médico científica-

mente fundamentado recomienda para la atención en casos específicos (lo cual exige una actualización profesional continua) y a criterios de seguridad del paciente que reduce la probabilidad de error en el acto médico. Este tipo de práctica profesional es incompatible con decisiones basadas en complacencias, modas o cualquier forma de medicina defensiva. La reformulación de la comunicación en la relación clínica hacia modalidades asertivas supone una negación del modelo autoritario y reconocer los derechos de todos los involucrados.¹

La *lex artis* supone que la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una forma de actuación. Implica por tanto la obligación del médico de realizar aquellas pruebas necesarias atendiendo el estado de la ciencia médica en ese momento, incluidos los protocolos indicativos para seguimiento de un embarazo y de un parto normalizado, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles.

Conclusiones

La violencia obstétrica es otra forma de violación a los derechos humanos y se considera como violencia contra las mujeres según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), ya que la define como cualquier acción u omisión que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, sexual o la misma muerte de la mujer, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público.

En nuestro estado la primera causa de egreso hospitalario es secundaria a la atención obstétrica por aborto, parto o cesárea. Esto ha ocasionado que los servicios de obstetricia del estado estén saturados prácticamente todo el año y la atención al recién nacido(a), a la embarazada y a la puérpera, en riesgo de no otorgarse con la calidez suficiente, y de acuerdo con los lineamientos, normas y guías de atención de práctica clínica, desencadenando violencia obstétrica. Lo anterior, aunado al agotamiento físico y emocional del personal de salud quien, debido a dobles o triples jornadas de trabajo, a la escasez de áreas y de recursos y al elevado número de consultantes gestantes, se desborda y no atiende mediante trato digno y respetuoso, terminando por padecer el Síndrome de burnout que generalmente no es identificado, ni tratado de forma correcta.

Por ello durante la atención institucional del parto, se observan cotidianamente: regañños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento, falta de referencia a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a solicitudes o reclamos, el no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, el utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el plantear el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y como coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos. Todas estas situaciones delatan una deficiente atención que no está fundamentada en la ética médica, ni en la interculturalidad y que viola los derechos humanos poniendo en riesgo la salud física, mental y emocional de las atendidas.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 38% del total de nacimientos en nuestro estado sucede mediante operación cesárea y no todas ellas están plenamente justificadas. La OMS señala como adecuado un porcentaje de 10% al 15% de cesáreas, en cualquier tipo de unidad hospitalaria y, sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupaba el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en cesáreas sin indicación médica. Este podría ser el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Aunado a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva.

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres, evita el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud -públicos y privados-, y es producto multifactorial de la violencia institucional y la violencia de género. Deben incrementarse los estudios de investigación para estimar la prevalencia y la caracterización del abuso ejercido por el personal de salud hacia la mujer durante el

evento obstétrico, para identificar los actores (personal médico, enfermería u otro), las formas de abuso hacia las mujeres en el proceso de atención en la sala de parto y los contextos institucionales que favorecen el abuso hacia las mujeres en la sala de parto.

Es muy importante que se realicen acciones para enfrentarla y erradicarla, devolviendo el derecho de tener un ambiente armónico, solidario, comprensivo y de total confianza como bienvenida a la nueva vida que garantice los derechos humanos tanto de las mujeres, como del personal de salud que las atiende.

Bibliografía

- Villanueva L. Violencia obstétrica. Revista CONAMED, 2016;21(Supl 1):7-9.
- Calafell Sala, Núria. La violencia obstétrica y sus modelos de mundo; Universidad de León; Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia.2015;10: 331-354. Disponible en <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/cuestionesdegenero/article/view/1350/13>
- Santos, K. Violencia obstétrica : conceptualizaciones desde las usuarias y profesionales de la salud. [Internet]. 2016. [citado: 2019, febrero] 41 p. Disponible en <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/7888>
- Pereora CJ, Domínguez AL, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente, Rev. Obstet Ginecol. 2015;75(2):81-90.
- Cruz S, Jaurés P, Leiva I, Ruiz C, Troncoso P. El discurso de la Violencia Obstétrica, Universidad de Chile, 2015. Disonible en <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Discurso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>
- Castillo Ulloa LM. Frecuencia y caracterización de Violencia Obstétrica en el Hospital Homero Castañer Crespo, Facultad de Ciencias Médicas Ecuador, 2017. Disponible en <http://dspace.uceuena.edu.ec/handle/123456789/28269>
- Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención del parto constitutivas de violencia obstétrica, Utopía y Praxis Latinoamericana. 2015;20(68):113-120.
- Álvarez Díaz JA, ¿Qué es la dignidad humana? En: Álvarez-Díaz JA, López Moreno, Ensayos sobre ética de la salud, Volumen 1: Aspectos clínicos y biomédicos, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.
- Barria CS, Rivera L, Salud y Género. Una Mirada sobre la Violencia Obstétrica, Revista diálogos, Universidad Nacional de San Luis – Facultad de Ciencias Humanas. 2016;5(1):97-103.
- Adib MA, Ibáñez M, Casado M, Santos P, La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violencia de los derechos elementales de la mujer, Medicina Legal de Costa Rica.2017;34(1):1-8.
- Mendiria MAA, Bernáldez MI, Blanco MC, Redondo PS. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Med Leg Costa Rica. 2017;34(1):104-111.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centro de salud. Ginebra: OMS [WHO/RHR/14.23] 2014. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Ley de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato. Disponible en: <https://portal.pgjguajuato.gob.mx/PortalWebEstatat/Genero/Media/estatal/leydeaccesodelas-mujeresauavidalibredeviolencia-1-2015.pdf>
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima. Disponible en: http://congresocol.gob.mx/web/Sistema/uploads/LegislacionEstatat/LeyesEstatales/mujeres_vida_libre_violencia_19Mmar2016.pdf
- 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. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.bog.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo. Disponible en: <http://mujeres.hidalgo.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/4normatividad.pdf>
- Ley de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, Disponible en: <http://www.aseslp.gob.mx/Contenido/leyes%20y%20C%C3%B3digos/LEYES/ACCMUJER/30062915.pdf>
- Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015;(18):93-111.
- Cassiano A, Santos M, Flavia A, Miranda C. Expresiones of institutionalized violence at birth: an integrative review. Rev. Trimestral de Enfermería. octubre de 2016; 44:478.
- Campos D, Bastida O. Violencia obstétrica: denuncias ante la CIDH. 2014 [citado el 1 de septiembre

- de 2017]; Disponible en: <http://reposito-rio.gire.org.mx/handle/123456789/797>
22. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Rev Redbioética UNESCO* [Internet]. 2013 [citado el 1 de septiembre de 2017];25. Disponible en: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/filead-min/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
 23. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre Violencia obstétrica en México, *Rev. CONAMED* 2014; 19 (1): 37-42.
 24. Imparte la SSA en 24 estados taller de buen trato en atención al embarazo [en línea]. México: La Jornada; 11 de mayo de 2015 [fecha de acceso 11 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/05/11/sociedad/035n1soc>
 25. Restrepo LC. Violencia médica, Disponible en: http://www.terapianeural.com/Articulos/Violencia_medica.htm.
 26. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C. Pronunciamiento sobre violencia obstétrica, 10 de junio 2015. Disponible en: <http://www.femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>
 27. Penagos-Crozo JC. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de violencia obstétrica, *Ginecología y obstetricia de México*. 2015;83(3):173-178.
 28. Olza I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *C. Med Psicos*, 2014; 111:79-83.
 29. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía PraxLatinoam* [Internet]. 2015 [citado el 1 de septiembre de 2017];20(68). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/279/27937090009/>
 30. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinojosa-Camposano WD, Yan-cachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):379-385.
 31. Fernández R, Campillay B, Lucero J, Cruz S, Jaurés P, Leiva I, et al. El discurso de la violencia obstétrica en Chile. [citado el 1 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Dis-curso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>