

INVESTIGACIÓN

Violencia obstétrica y perspectiva de género: la Recomendación 3/2015 de la CDHDF

Cecilia Santiago Loredo*

cecilia.santiago@cdhdf.org.mx

Roberto Antonio Reyes Mondragón**

roberto.reyes@cdhdf.org.mx

Lizbeht Francisca Gómez Reyes***

lisbeht.gomez@cdhdf.org.mx

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Ciudad de México, México.

Recibido: 30 de abril de 2016.

Dictaminado: 9 de junio de 2016.

- * Bióloga por la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco y cuenta con una especialidad en derechos humanos por la Universidad de Castilla-La Mancha. Actualmente colabora en la Tercera Visitaduría General de la CDHDF.
- ** Maestro en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente colabora en la Tercera Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).
- *** Licenciada en Derecho por la UNAM; cursó el Diplomado sobre el Derecho a la no Discriminación, impartido por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Actualmente colabora en la Tercera Visitaduría General de la CDHDF.

La opinión expresada en este texto es responsabilidad exclusiva de su autor y autoras y no refleja necesariamente la postura de la institución en la que colaboran.



métodhos 10

Resumen

En México más de 6 000¹ mujeres al día acuden a las instituciones de salud pública para recibir atención médica relacionada con alguna de las etapas de su embarazo, parto o puerperio. En la Ciudad de México, la Secretaría de Salud del Distrito Federal reportó que se atendieron 32 260 partos y 17 228 cesáreas en 2014, dando un total de 49 488 servicios de ese tipo en las unidades médicas.² Algunas de esas mujeres que accedieron a los servicios de salud frecuentemente refieren haber recibido maltrato, ya sea físico, verbal o psicológico; dicen no estar de acuerdo con algunos tratamientos médicos, y manifiestan haber recibido tratos inadecuados que resultaron crueles y degradantes por parte del personal médico, lo que llegó a poner en riesgo su integridad física y emocional, así como la de los productos del embarazo.³

Con independencia del desenlace del tipo de experiencia hospitalaria que particularmente viva una mujer, difícilmente el maltrato es evidenciado o resuelto en las instancias destinadas para determinar la responsabilidad administrativa o penal, dejando una percepción de indefensión en las víctimas que sufren este tipo de violencia.

En la búsqueda de justicia, las mujeres o sus familiares acuden a instancias no jurisdiccionales con la expectativa de que se reconozca que el trato y las consecuencias de éste han colocado a las pacientes en un estado de vulnerabilidad que viola sus derechos humanos. Tal es el contexto en el que acudieron a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal mujeres o sus familiares para interponer quejas, las cuales una vez investigadas conformaron la Recomendación 3/2015,⁴ que se dio a conocer a la opinión pública el 28 de mayo de 2015. Dicho instrumento recomen-
datorio incorpora una perspectiva de género y evidencia prácticas institucionalizadas en el ámbito de la salud pública del Distrito Federal que replican modelos de intervención que provocan violencia contra las mujeres y reproducen un contexto de violencia institucional.

¹ Información disponible en Grupo de Información en Reproducción Elegida, “Violencia obstétrica”, disponible en <<http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>>, página consultada el 18 de septiembre de 2012.

² Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Cuadro 5.1 Servicios otorgados en las unidades médicas”, en *Agenda Estadística 2014*, México, Sedesa, 2014, p. 73, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html>, página consultada el 14 de junio de 2016.

³ Un ejemplo de la violencia institucional y de género que ocurre en las unidades hospitalarias del Sistema de Salud del Distrito Federal se ha documentado desde la CDHDF, y se puede observar en el número de menciones que refieren las mujeres agraviadas y/o sus familiares cuando acuden a la Comisión. Los datos que se obtuvieron de 2010 a mayo de 2016 en el Sistema Integral de Gestión de Información (Siigesi) fueron aproximadamente 234 menciones cuyo tipo de violación más reiterada fue la obstaculización, restricción o negativa de la atención médica. En dicho sistema de información se registraron 170 quejas durante ese periodo, a la fecha todas concluidas, entre las que destacan 57 concluidas porque se emitió alguna Recomendación, 81 por falta de elementos y 83 por haberse solucionado durante el trámite.

⁴ De acuerdo con la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, concluido el procedimiento de investigación y una vez valoradas las pruebas y acreditada la violación se elabora una Recomendación.

Palabras clave: violencia obstétrica, perspectiva de género, salud materna, derechos humanos, enfoque de derechos, género.

Abstract

In Mexico more than 6 000 women a day go to public health institutions for medical care related to any stage of pregnancy, childbirth or postnatal period. In Mexico City, the local Ministry of Health reported that 32 260 births and 17 228 cesarean deliveries were attended in 2014, giving a total of 49 488 such services in medical units. Some of those women who accessed health services often report that they received abuse, whether physical, verbal or psychological; they are not agree with some medical treatments, and they say that have received inadequate treatment which were cruel and degrading by the medical staff; that came to jeopardize their physical and emotional integrity, as well as the products of pregnancy.

Regardless of the outcome each woman has faced in the hospitals, hardly ever abuse is evidenced or resolved in state instances aimed to determine the administrative or criminal responsibility, leaving a sense of defenselessness in the victims who suffer such violence.

In the search for justice, women and their families go to non-judicial authorities with the expectation that recognize that the treatment and its consequences have placed patients in a state of vulnerability that violates their human rights. This is the context in which those women and their families went to the Mexico City's Human Rights Commission to lodge complaints, which once formed investigated generated the Recommendation 3/2015, published on May 28th, 2015. This document incorporates a gender perspective and evidence institutionalized practices in public health in Mexico City that replicate models of intervention that cause violence against women and reproduce a context of institutional violence.

Keywords: obstetric violence, gender perspective, maternal health, human rights, rights approach, gender.

Sumario

I. Introducción; II. Metodología de investigación e integración de evidencia; III. El contexto de la investigación y el perfil de las víctimas; IV. Desarrollo de los estándares en materia de derechos humanos para vislumbrar violaciones a derechos humanos en casos de violencia obstétrica; v. Análisis y conclusiones; VI. Bibliografía.

I. Introducción

El análisis de género permite una mejor comprensión de la discriminación y de su vínculo con las prácticas que la constituyen. El *género* se ha definido como una construcción social con base en la diferencia sexual que ha determinado funciones, valores y relaciones para hombres y mujeres, y ha dado como resultado roles e identidades concretas que han colocado a las mujeres en situaciones de subordinación y discriminación. En este sentido, aplicar la perspectiva de género en la investigación de violaciones a derechos humanos permite reconocer y distinguir las afectaciones diferenciadas entre hombres y mujeres en cuanto a causas y consecuencias de tales violaciones. Adicionalmente, dicha perspectiva abre una mayor comprensión al concepto de violencia de género ocasionada específicamente por esta condición de la víctima.⁵ La violencia obstétrica, por ejemplo, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos en la que confluyen la violencia estructural de género y la violencia institucional en materia de salud.⁶

El tipo de *violencia obstétrica* ha sido definido como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”, la cual es complementada además con la consecuencia de que “trae consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la

⁵ Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*, México, OACNUDH, 2007.

⁶ Natalia Magnone Alemán, “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”, trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Montevideo, 13 y 14 de setiembre de 2011, disponible en <<http://web.archive.org/web/20141105042056/http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>>, página consultada el 8 de junio de 2015.

calidad de vida de las mujeres”.⁷ Algunos ejemplos de violencia obstétrica son las cesáreas innecesarias y la práctica de la episiotomía.⁸

Precisamente, el tema principal que compete al instrumento recomendatorio 3/2015 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) es la violencia institucional cuya investigación y documentación constituye el presente texto. La Recomendación 3/2015 fue dada a conocer a la opinión pública el 28 de mayo de 2015 por la “falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimiento innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos”.

La CDHDF, creada el 30 de septiembre de 1993, es un organismo público autónomo con personalidad y patrimonio propio que tiene como objetivo fundamental la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos contemplados en el orden jurídico mexicano y en el sistema internacional de derechos humanos; dicho objetivo lleva implícito el combate de toda forma de discriminación y exclusión.⁹ En ejercicio de su labor de defensa, la Comisión conoce de actos u omisiones de naturaleza administrativa que constituyen violaciones a derechos humanos por parte de cualquier autoridad o servidores públicos de esta ciudad, a partir de las quejas presentadas por las personas agraviadas o víctimas, familiares o cualquier persona que sepa de los hechos. Desde el momento en que tiene conocimiento de ellos, este organismo inicia una investigación enfocada en documentar y acreditar la violación a los derechos humanos.

Si durante la investigación realizada se advierten elementos que acrediten la violación a los derechos humanos, la CDHDF está facultada para elaborar un proyecto de Recomendación, documento a través del cual el organismo precisa detalladamente en qué consistieron los actos u omisiones violatorios de derechos, el procedimiento de investigación que se llevó a cabo, su posicionamiento respecto al tema y los puntos concretos que incluyen la reparación integral a las víctimas.

⁷ Graciela Medina, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, núm. 4, Buenos Aires, diciembre de 2009, disponible en <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica>>, página consultada el 5 de noviembre de 2012.

⁸ Según la Real Academia Española la *episiotomía* es una incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

⁹ Según se advierte en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 1º y 2º de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

La Recomendación 3/2015 se estructuró a partir de la investigación de 23 expedientes de queja donde se evidenciaron probables situaciones de violencia, discriminación y negligencia en contra de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.¹⁰ En tal sentido, la investigación y la documentación de los casos consideraron primordiales las narraciones que las personas agraviadas y/o peticionarias¹¹ hicieron en sus quejas; en ellas fue reiterativo que el personal de salud había actuado de forma *grosera*,¹² que no había personal médico disponible,¹³ que al solicitar atención médica se les regresó repetidamente a sus domicilios, y que no se les brindó un adecuado acceso a la información,¹⁴ entre otras.¹⁵ Para dar mayor fundamento a la investigación de los casos se recurrió a la revisión y el análisis de información sobre el tema,¹⁶ lo cual permitió llegar a la conclusión de que en conjunto los 23 expedientes de queja debían visibilizar mediante una Recomendación la violencia contra las mujeres que se da en los entornos hospitalarios. Ante

¹⁰ De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española el *puerperio* es el periodo que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve a su estado ordinario anterior a la gestación.

¹¹ En este artículo, cuando nos referimos a *personas agraviadas* hablamos principalmente de las mujeres que cursaban por el embarazo, el parto o el puerperio. Sin embargo, no siempre son ellas quienes acuden a solicitar la intervención de la CDHDF. En tal sentido, las *personas peticionarias* son sus familiares o acompañantes, quienes son observadores del trato que reciben las mujeres y que también lo reciben al ser partícipes del proceso de atención hospitalaria.

¹² En 90% de los casos se identificaron comentarios irónicos, descalificadores o burlones. Algunas frases referidas por las personas peticionarias o agraviadas durante las entrevistas fueron: “Viene porque tiene tres días que no se mueve su bebé; pues que se espere otro día, si ya se esperó tres por qué no se puede esperar otro día”; “Cuando me quejaba del dolor decían que no era la única”; “Por eso saliste embarazada, por eso, por no ponerte un dispositivo. ¡Mira cuántos años tienes!”; “Ya, señora, ¡ya cálese, señora! Ya no se queje”; “¡No grites!, deja de estar gritando”; “La vamos a amarrar, ya cálmese”; “¡Osh!, ya callen a la chillona”; “Váyase a su casa, relájese, porque usted está bien; y que por cualquier cosa, que fuera a otros hospitales: el general o el de la mujer”; “O sea, uno les dice y no les hacen caso. Ellos nada más estaban tomando su café, sentados en la mesa platicando. Entonces no sé, no sabes ni qué hacer y pues se supone que ellos están para atenderte y por más que les dices no te hacen caso”.

¹³ En 70% de los casos las personas peticionarias o agraviadas manifestaron la falta de personal médico durante la atención primaria y que se les negó la atención.

¹⁴ A 80% de las personas peticionarias y/o agraviadas les resultó difícil o imposible preguntar sus dudas y manifestar sus temores, porque les respondían de mala manera o sencillamente no les hacían caso.

¹⁵ Como dilación en las intervenciones, procedimientos médicos y/o diagnósticos; afectaciones a la economía de las familias por gastos que no se tenían contemplados; y sentimientos de culpa, falta de deseo sexual, desconfianza en las instituciones de salud pública, vergüenza, estrés, enojo, etcétera.

¹⁶ Véanse Lynn P. Freedman y Margaret E. Kruk, “Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas”, en *The Lancet*, vol. 384, núm. 9948, 20 de septiembre de 2014; Laura F. Belli, “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio de 2013, pp. 25-34; y Simone Grilo Diniz *et al.*, “Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention”, en *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, vol. 25, núm. 3, Sao Paulo, 2015.

ello, el reto se centró en demostrar y documentar la relación entre la violencia institucional¹⁷ y la violencia obstétrica.¹⁸

Es por esto que el presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer la forma en que se incorporaron el análisis y la perspectiva de género como elementos del enfoque de derechos humanos que permitieron dotar de contexto y coherencia al instrumento recomendatorio 3/2015,¹⁹ y que guiaron en todo momento su consolidación hasta la construcción de medidas de reparación tendientes a mejorar y promover cambios estructurales en el sistema de salud de la Ciudad de México, específicamente en el combate y la erradicación de la violencia obstétrica.

II. Metodología de investigación e integración de evidencia

Como se planteó anteriormente, el reconocimiento de un patrón estructural de violencia en contra de las mujeres que atraviesan alguna etapa de embarazo, parto o posparto en centros de salud de la Ciudad de México proporcionó el marco general para realizar un análisis desde la perspectiva de derechos humanos. No obstante, antes de identificar patrones las quejas se investigan de forma independiente; para ello se solicitan informes a las autoridades, se realizan entrevistas con las víctimas o a sus familiares, se practican dictámenes médicos y psicosociales, y se revisan minuciosamente los expedientes clínicos.

Una vez organizada la información que genera convicción sobre una violación a derechos humanos, se procede a identificar las posibles conductas similares y la coincidencia de algunos hechos que demuestren cierta recurrencia en el universo de casos analizados por las y los visitadores, que son las y los servidores públicos encargados de integrar la investigación. Ya que se han identificado los patrones que facilitan la construcción de un estudio sobre la recurrencia de las viola-

¹⁷ Según el Grupo de Información en Reproducción Elegida, la violencia obstétrica se puede encuadrar en las figuras de violencia institucional y de género ya existentes en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Esta organización también indica que, a pesar de que no estuviera definida de manera explícita, la normativa supone la obligación del Estado de tomar las medidas necesarias para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica.

¹⁸ La *violencia obstétrica* se define en estas normas como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. Observatorio de Equidad de Género en Salud, *Informe monográfico 2007-2012. Violencia de género en Chile*, Santiago, OPS/OMS, 2013, p. 64. La legislación venezolana agrega: “trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente la calidad de vida de las mujeres”.

¹⁹ Información disponible en Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 3/2015, Falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimiento innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos, disponible en <<http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/2015/05/recomendacion-32015/>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

ciones, se incorpora una revisión de medidas legislativas y de política pública que constituyen el marco de protección a los derechos humanos en el ámbito de la salud y que pueden o no incluir la perspectiva de género, con la finalidad de dotar de herramientas conceptuales el análisis de la evidencia caso por caso y en conjunto.

En este sentido, como parte de la metodología se construyó un estándar que permitió identificar las obligaciones internacionales de protección, defensa y garantía del Estado, las cuales por acción u omisión tuvieron como consecuencia alguna responsabilidad respecto de la violación a los derechos humanos. Dicha metodología también permitió consolidar algunas medidas de reparación integral del daño para las víctimas; así como propuestas concretas, denominadas dentro del cuerpo de la Recomendación como puntos recomendatorios que son dirigidos a las autoridades probables responsables.

Adicionalmente, en la presente investigación, desde que se comenzó con el análisis de la evidencia se abordó el fenómeno de la violencia obstétrica, desarrollando un enfoque basado en derechos humanos a través de la perspectiva de género. Para ello se llevó a cabo una identificación: primero de los titulares de derechos, y luego de los derechos involucrados y de los actores responsables de hacerlos efectivos y de sus obligaciones. Al respecto, se revisó la normatividad local y el marco internacional de los derechos humanos.²⁰

La incorporación del enfoque de derechos en la investigación supone situar en el centro de la protección a las personas; así como una evaluación de las decisiones y acciones gubernamentales, en este caso las políticas públicas que se implementan para atender la salud de las mujeres durante las etapas del embarazo, parto y puerperio. Por otra parte, la perspectiva de género condujo la investigación a una revisión conceptual sobre la violencia obstétrica y la violencia institucional, así como del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; de esta forma se pudieron vislumbrar las obligaciones del Estado. Es preciso señalar en este punto que la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos ordena al Estado mexicano que incluya el conjunto de instrumentos internacionales en materia de derechos humanos²¹ al marco jurídico nacional.²²

²⁰ Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/21/22*, 2 de julio de 2012.

²¹ La Suprema Corte de Justicia de la Nación cuenta con una lista de 208 instrumentos internacionales en los que se reconocen derechos humanos de los que el Estado mexicano es parte. Véase Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte en los que se reconocen derechos humanos”, disponible en <<http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/TI.html>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

²² Sandra Serrano y Daniel Vázquez (coords.), *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flasco-México, 2013, p. 61.

III. El contexto de la investigación y el perfil de las víctimas

Durante los años 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, la CDHDF registró diversas quejas por presuntas violaciones al derecho a la salud de mujeres, cometidas por personal de salud en distintos hospitales de la red de salud pública a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa). Del universo de quejas relacionado con la temática, 23 casos narraban hechos en los cuales varias mujeres habían sido víctimas de vulneraciones a sus derechos humanos cuando cursaban con un embarazo y solicitaron servicios de atención médica; todas ellas eran beneficiarias del Seguro Popular.

De esta manera, las personas agraviadas manifestaron que fueron víctimas de malas prácticas y dilación en la atención médica que afectaron en mayor o menor medida la salud integral de las mujeres y la de los productos de los embarazos o que, en su caso, provocaron la muerte de algunos; así como de malos tratos físicos y psicológicos por parte del personal médico que les brindó atención a las mujeres, a quienes les hicieron comentarios violentos como “Querías tener hijos, ¿no? Ahora aguántate, aquí te vamos a tener el otro año”; “Es que mamacita, ¡no grite, no la van a atender!”; “Pues como no quiso cooperar a la hora que rasgamos, en lugar de que se saliera el niño se metió hasta adentro, a tal grado que se asfixió”; “Para que me entienda, váyase preparando porque el niño no va a ser un niño normal; el niño va a estar como *tontito*”; “Ni modo, señora, su hija no cooperó”; “Pues deberías estar agradecida. Es más, pregúntale a tu Dios para qué te quiere, porque muchas en tu lugar no salen; y si salen, salen *taraditas* o en coma”; “Yo no sé para qué se embarazó”; “Tan bien te conoce tu mamá que dijo que como estás loca que te amarramos”; “No es la primera, ya cálmese, que le va a seguir el dolor. De nada te va a servir el estar llorando”; “¡Ya cállese, señora! Ya le hablé a la anestesióloga y va a venir a ponerle la anestesia, pero se tiene que callar ya”, por señalar algunas.

En los casos en que el producto del embarazo falleció, no se les explicó la causa del deceso ni se les preguntó si querían conocer al producto fallecido; y a los familiares de las mujeres embarazadas se les otorgó poca o nula información respecto de su estado de salud,²³ entre otras irregularidades más.

Las mujeres víctimas al momento de los hechos tenían entre 15 y 33 años de edad, siendo ocho de ellas menores de 20 años y ubicándose entre éstas a tres adolescentes. Más de la mitad de ellas

²³ Al respecto, en uno de los casos, la falta de información generó que a los familiares se les indicara en un primer instante que su hija menor de edad (15 años) se encontraba bien de salud, por lo que no se les permitió quedarse con ella; sin embargo, al otro día les informaron que estaba grave y que era necesario su traslado debido a que tenía una hemorragia. Finalmente, la paciente falleció.

se dedicaba al trabajo en el hogar, y la mayoría manifestó contar con estudios de primaria o secundaria y que cursaba su primer embarazo. Todas tuvieron control perinatal en por lo menos tres ocasiones, y de acuerdo con los registros de sus expedientes clínicos presentaban indicios de cursar embarazos normales.

De estas 23 mujeres, algunas tuvieron afectaciones a su integridad personal y a su vida, ya que dos de ellas fallecieron. Una de éstas tenía 15 años de edad y por lo tanto, según los criterios para atender embarazos en adolescentes²⁴ de la propia Sedesa, cursaba un embarazo de alto riesgo. Nueve mujeres perdieron el producto del embarazo en distintos momentos de la gestación; sin embargo, dos terceras partes cursaban embarazos de pretérmino y término, es decir que se encontraban entre las semanas 36 y 40 de la gestación.²⁵ A tres de las 23 mujeres se les realizó la resección parcial o total del útero por complicaciones en la operación cesárea. De las personas recién nacidas con vida, nueve requirieron ser valoradas en el corto y mediano plazos para detectar algún factor de riesgo relacionado con su desarrollo físico y psicoemocional, y deberán ser canalizadas para recibir estimulación temprana y apoyo terapéutico.

En este sentido, la investigación llevada a cabo por el personal de la CDHDF identificó en los casos relacionados con la Recomendación 3/2015 una deficiente o mala práctica médica y tratos crueles, inhumanos o degradantes por el sufrimiento innecesario de las personas usuarias de los servicios de salud pública. Asimismo, cada una de estas mujeres fue víctima durante la atención médica de algún tipo de maltrato físico o psicológico; entre los más representativos se mencionaron indiferencia, burlas o regaños reiterados, y falta de responsabilidad institucional, esta última derivada de la carencia de equipo médico adecuado, escasez de medicamentos básicos e insuficiencia de personal médico especializado.

²⁴ De acuerdo con la Secretaría de Salud, el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en este grupo de población que en otros. Entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad, la razón de muerte materna se incrementó de 32 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada en las mujeres de 20 a 24 años de edad. Gobierno de la República, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, México, Gobierno de la República, s. f., disponible en <http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf>, página consultada el 14 de junio de 2016.

²⁵ Desde un punto de vista psicológico algunos autores consideran el proceso de gestación como un tiempo crítico, ya que supone un cambio en la dinámica social y familiar. La gestación, parto y crianza de un nuevo miembro de la familia supone una de las transiciones de vida que más modifica las circunstancias de los padres y las madres. A lo largo del embarazo se van construyendo representaciones y fantasías que conforme pasa el tiempo crecen y se fusionan en el producto esperado; por ese motivo, la pérdida del hijo o la hija esperado representa un evento de gran impacto psicoemocional. Para más información véanse María Teresa García-Dié y Concepción Palacín, “Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención”, Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes. Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia, Girona, 15 y 16 de octubre de 1999; y T. Berry Brazelton y Bertrand G. Cramer, *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona, Paidós, 1993.

También se identificó que la mayoría de estas mujeres tenía una o varias condiciones de vulnerabilidad que las hizo susceptible de padecer abusos: ser adolescentes, indígenas, vivir con VIH/sida, y tener un nivel educativo básico, entre otras. Asimismo, algunas de las víctimas fueron coaccionadas para aceptar algún método anticonceptivo, sin contar con información suficiente ni tiempo para consensuarlo con sus familiares, lo cual representa una intromisión del personal de salud en sus derechos a la autonomía reproductiva y a decidir libremente sobre el número de hijos e hijas que desea para de esta manera hacer un efectivo ejercicio de sus derechos reproductivos.

Los diversos actos u omisiones del personal médico adscrito a la Sedesa generaron graves afectaciones a las víctimas. Esto fue debidamente documentado a través de valoraciones psicosociales realizadas por personal especialista, en cuyas conclusiones se determinó que los hechos ocasionaron, en el caso de las mujeres, incertidumbre; impotencia; inseguridad; enojo; culpa; estrés postraumático; sintomatología asociada con ansiedad y depresión; efectos negativos en sus esferas de desenvolvimiento a nivel personal, social, laboral y familiar; afectación en su vida sexual y reproductiva; y afectación en su proyecto de vida, entre otros.

Abordar la problemática de estas mujeres desde una perspectiva de género permitió analizar las violaciones a sus derechos humanos sin perder de vista el contexto en que históricamente han sido violentadas, no sólo por el hecho de ser mujeres sino también por la interrelación de múltiples formas de discriminación como son ser mujer trabajadora, mujer migrante, mujer madre, mujer adolescente, mujer pobre, mujer con ciertas condiciones de salud (vivir con VIH/sida), etc. De esta forma se asumió en todo momento que las causas específicas de la violencia y los factores que incrementan el riesgo de que se produzca están arraigados en el contexto general de la discriminación sistémica por motivos de género contra la mujer; además de otras formas de subordinación,²⁶ específicamente en ambientes hospitalarios.

Por lo anterior, el desarrollo de la Recomendación 3/2015 se enfocó en visibilizar la violencia contra las mujeres en su condición de mujeres embarazadas, y muestra que en la violencia de género confluyen la violencia institucional y la violencia obstétrica, lo que genera paralela y permanentemente la vulneración de diferentes derechos humanos de las mujeres como a la vida, a la salud, a la integridad física, los sexuales y reproductivos y a una vida libre de violencia, por la acción u omisión de las y los servidores públicos.

Dicha circunstancia mantiene la cultura de la desigualdad y discriminación en contra de las mujeres e impide que desplieguen todas sus capacidades para ejercer plenamente sus derechos. Esta

²⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General*, A/61/122/Add.1, 6 de julio de 2006.

vulnerabilidad frente a la violencia se entiende como una condición creada por la falta o negación de derechos; sin dejar a un lado la carga emocional producida por el género y el otorgamiento de roles en nuestra sociedad que afectan de manera principal y en mayor grado a las mujeres.

IV. Desarrollo de los estándares en materia de derechos humanos para vislumbrar violaciones a derechos humanos en casos de violencia obstétrica

Las siguientes definiciones y criterios se construyeron mediante la revisión de instrumentos normativos nacionales e internacionales, jurisprudencia, principios generales y doctrina en la materia; así como del análisis de información teórica sobre el tema.

a) Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la información, a la intimidad y vida privada, y a la autonomía reproductiva, “los cuales son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”.²⁷ Este tipo de violencia se genera en el ámbito de la atención durante el embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados.²⁸

En la atención institucional del parto, la violencia obstétrica se materializa en conductas como regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación del tratamiento, falta de asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, e indiferencia frente a solicitudes o reclamos. También se muestra al no consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se toman durante el curso del trabajo de parto o al tratarlas sin ningún respeto a su dignidad humana.

Asimismo, se da con el uso del dolor durante el trabajo de parto como castigo o coacción con el fin de obtener su “consentimiento” para realizar diversos procedimientos clínicos. Hay formas mediante las cuales es posible constatar que se ha causado daño a la salud de la afectada, o que se ha incurrido en una violación aún más grave a sus derechos que puede derivar en la muerte de la

²⁷ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Belém do Pará, 9 de junio de 1994.

²⁸ Grupo de Información en Reproducción Elegida, “3. Violencia obstétrica”, en *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, febrero de 2015, pp. 117-153.

mujer embarazada, de las y los niños nacidos o del producto de la gestación. Tales actos constituyen tratos crueles e inhumanos o tortura.²⁹

Existen diversas modalidades de violencia obstétrica: *a)* la física, que puede configurarse cuando se le realizan a la mujer prácticas invasivas y se le suministra medicación que no estén justificados por el estado de salud de la mujer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico; *b)* la psicológica, que incluye el trato deshumanizado y grosero, la discriminación y la humillación cuando la mujer va a pedir asesoría, requiere atención o en el transcurso de una práctica obstétrica; y la omisión de información sobre la evolución de su parto,³⁰ y *c)* la emocional, que se visibiliza en las secuelas que presentan las mujeres que han sido violentadas, y que repercuten en ocasiones en las relaciones interpersonales con su hijo o hija, pareja y otros familiares.

La violencia obstétrica, al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, permanece invisibilizada y continúa siendo naturalizada entre el personal médico –médicos, enfermeros y enfermeras, y personal administrativo–; así como por la sociedad en su conjunto y sobre todo por las autoridades estatales y las víctimas. Una de las causas del silencio de las mujeres respecto de la violencia obstétrica obedece a que muchos de los comportamientos son interpretados como normales, especialmente si acuden a servicios gratuitos y consideran que someterse a malos tratos es inherente a la atención en materia de salud que brinda el personal de las instituciones públicas.³¹

En la Ciudad de México, si bien no hay hasta el momento una definición sobre *violencia obstétrica*, podemos señalar la que se halla en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLVDF), la cual establece un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que se refiere a “toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres [...] en relación [...] a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.³²

²⁹ Luis Alberto Villanueva-Egan, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre de 2010, p. 148.

³⁰ Graciela Medina, *op. cit.*

³¹ Paula Quevedo, *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género*, Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo, 2012, disponible en <http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf>, página consultada el 7 de marzo de 2015.

³² Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2008; última reforma publicada el 26 de noviembre de 2015, disponible en <<http://www.aldf.gob.mx/archivo-fde12a5698a6daa612f4515f386b1beb.pdf>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

b) *Violencia institucional*

Por su parte, la violencia institucional es un tipo de violencia perpetrada o tolerada por el Estado, como resultado de la baja prioridad otorgada específicamente respecto a la violencia de género.³³

La LAMVLVDF establece que la violencia institucional se refiere a

los actos u omisiones de las personas con calidad de servidor público que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.³⁴

Dicha normatividad esclarece que el Estado es el garante de los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Por su parte, la Recomendación General núm. 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW, por sus siglas en inglés) plantea que se deberán adoptar las medidas “apropiadas y eficaces para combatir los actos públicos o privados de violencia por razones de sexo”.³⁵

En el mismo sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas* resaltó que el sistema interamericano

avanza hacia un concepto de igualdad material o estructural que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas especiales de equiparación [...] [lo cual] implica la necesidad de trato diferenciado cuando, debido a las circunstancias que afectan a un grupo desventajado, la igualdad de trato suponga coartar o empeorar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho.³⁶

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura las acciones mínimas e indispensables para otorgar la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio son:

³³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*, Cepal, octubre de 2007, p. 59.

³⁴ Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, artículo 7º, fracción v.

³⁵ Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, 11º periodo de sesiones, 1992, párr. 24, inciso a.

³⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II.Doc. 68, CIDH/OEA, 20 de enero de 2007, párr. 99.

- Ser informadas sobre las intervenciones médicas que pudieran tener durante el proceso de atención a su embarazo para que puedan decidir libremente cuando existan diferentes alternativas.
- Ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado para garantizar la intimidad durante el proceso en que se les asista y considerando sus pautas culturales.
- Ser partícipes como protagonistas del proceso de nacimiento de su hijo o hija.
- Ser respetadas en sus tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y el suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la mujer embarazada, del producto o de la o el recién nacido.
- Ser informadas sobre la evaluación de su parto, el estado de su hijo o hija, así como de las actuaciones del personal médico sobre su cuerpo.
- No ser sometidas a procedimientos o intervenciones con propósito de investigación, salvo su consentimiento informado.
- Estar acompañadas por una persona de confianza y elección, por lo menos en el postparto.
- Tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en la institución de salud pública, la cual deberá garantizar la seguridad de la o el recién nacido.³⁷

c) Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

Entre los derechos vulnerados a las personas agraviadas que motivaron la Recomendación 3/2015 se encontró el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, que implica vivir en contextos familiares, escolares, vecinales y estatales de paz y que incluye, entre otros:

- a) El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación.
- b) El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basados en conceptos de inferioridad o subordinación.

En relación con este derecho, el Estado debe cumplir obligaciones de carácter positivo o negativo, como son:

- a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra las mujeres y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

³⁷ Laura F. Belli, *op. cit.*

- b) Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres.
- c) Establecer procedimientos legales, justos y eficaces para la mujer que haya sido víctima de violencia que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio efectivo y el acceso real a tales procedimientos.
- d) Establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer víctima de violencia tenga acceso efectivo al resarcimiento, la reparación del daño y otros medios de compensación justos y eficaces.

De lo anterior se desprende que es fundamental visibilizar y comprender que uno de los principales objetivos del derecho a una vida libre de violencia de las mujeres embarazadas es que vivan tal experiencia o circunstancia como un evento natural en condiciones de dignidad humana, donde sean sujetos y protagonistas de su propio parto, y reconozcan su derecho y el de sus parejas a tomar decisiones sobre el nacimiento de sus hijos e hijas.

El derecho a una vida libre de violencia para estos casos en concreto visibiliza que las titulares son mujeres embarazadas que buscan la prestación de los servicios médicos –en este caso públicos– mediante los cuales pretenden ejercer su derecho a la salud, motivo por el cual deben ser atendidas por personal hospitalario que garantice y respete su dignidad e intimidad, y que tome en cuenta sus necesidades, perspectivas, opiniones y valoraciones emocionales y, según sea el caso o las circunstancias, las de sus familiares.

En la Ciudad de México la ley específica en la materia es la LAMVLVDF ya referida, la cual establece los principios y criterios que desde la perspectiva de género deben orientar las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; así como realizar la coordinación interinstitucional con el fin de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

Sin embargo, a pesar de la regulación jurídica que busca prevenir o sancionar la violencia contra las mujeres en general y en alguna etapa del embarazo, parto o puerperio en particular, la vulneración del derecho a vivir una vida libre de violencia se presenta a través de la insensibilidad cultural, el trato irrespetuoso del personal hospitalario, y en las actitudes de indiferencia, el maltrato, el desprecio y la discriminación por parte de las y los médicos, personal de enfermería o personal administrativo del sector salud que lesionan a las mujeres adultas y adolescentes; lo anterior son formas de violencia obstétrica e institucional contra la mujer.

d) Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en conexidad con los derechos a la vida e integridad personal

El derecho a la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en el contexto de la ausencia de afecciones o enfermedades en el cuerpo humano;³⁸ es decir que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano sino que también impone la obligación a cargo de los Estados de generar condiciones en las que todas y todos puedan vivir lo más saludablemente posible.³⁹

En el ámbito de la normatividad internacional encontramos amplio reconocimiento del derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)⁴⁰ (artículo 26), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador (artículo 10).⁴¹ En estas disposiciones se define el derecho a la salud, así como las obligaciones de los Estados para garantizarlo. El derecho a la salud ha sido explorado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General núm. 14, en la que delineó sus elementos constitutivos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁴²

Ahora bien, respecto a la salud materna la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) establece que es obligación de los Estados adoptar medidas para asegurar los servicios apropiados de salud a la mujer en relación con el embarazo, el parto y el puerperio, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.⁴³

³⁸ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946, Preámbulo.

³⁹ Véase Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva núm. 323, Salud y derechos humanos, diciembre de 2015, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

⁴⁰ Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, artículo 26. La consecución progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales también se encuentra reconocida en el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

⁴¹ Véase Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su XVIII periodo de sesiones, San Salvador, 17 de noviembre de 1988, artículo 10.

⁴² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, aprobada en el 22º periodo de sesiones, Ginebra, 11 de mayo de 2000, párr. 12.

⁴³ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979; publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 1981, artículo 12.

Por lo que respecta al ordenamiento jurídico interno, el derecho a la salud está reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 4º, párrafo tercero) y en la Ley de Salud del Distrito Federal, donde encontramos previsiones específicas de atención al derecho a la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (artículos 2º, 5º, 17 y 49).⁴⁴

Aún más específicas son las normas oficiales mexicanas NOM-007-SSA2-1993, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido;⁴⁵ y NOM-168-SSA-1-1998, sobre el expediente clínico.⁴⁶ Uno de los instrumentos estandariza los criterios y procedimientos para la prestación del servicio de salud a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida; el otro obliga al personal de salud a proporcionar a las personas un trato digno y respetuoso, y a otorgar información suficiente, clara, oportuna y veraz. Lo anterior implica la obligación del personal médico de brindar información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para el paciente en forma oportuna, clara y comprensible, con la finalidad de que éste tenga conocimiento de su condición de salud.

Además, para hacer frente a las situaciones derivadas de la atención a la salud de la mujer, el apartado 20.3 del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal,⁴⁷ “Maternidad sin riesgos y reducción de la morbilidad materna”, señala como estrategia “garantizar la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a través de servicios de calidad y calidez que contemplen la asistencia durante el embarazo, incluyendo la atención obstétrica de emergencia, el parto y el puerperio, otorgándolos de manera gratuita cuando sea necesario”.

La mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad amenazan gravemente el derecho a la salud de las mujeres, así como el de sus hijas o hijos. Durante el embarazo, el parto y el periodo prenatal y posnatal pueden surgir situaciones de riesgo que repercutan a corto y largo plazos en la salud y el bienestar de la madre y la o el hijo.⁴⁸ Por tal motivo, los Estados deben

⁴⁴ Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009; última reforma publicada el 19 de enero de 2016, artículos 5º, 17 y 49.

⁴⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>>, página consultada el 20 de mayo de 2015.

⁴⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>>, página consultada el 20 de mayo de 2015.

⁴⁷ Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, pp. 575-578, disponible en <<http://www.derechoshumanosdf.org.mx/docs/programa.pdf>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

⁴⁸ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, aprobada en el 62º periodo de sesiones, 17 de abril de 2013, párr. 53.

adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal,⁴⁹ lo cual también incluye el derecho a la información.

La información le permite a la mujer tomar decisiones que pueden ser relevantes en la evolución de su embarazo para aceptar o no un tratamiento o intervención quirúrgica, con todas las prerrogativas que esto implica, ya que puede cambiar el rumbo de su vida.⁵⁰ Por esa razón se afirma que el consentimiento informado es un derecho que a su vez está integrado por el derecho a tomar autónoma y libremente una decisión (consentimiento), y el derecho a contar con los elementos necesarios para poder tomarla.⁵¹

Este derecho de las y los pacientes se encuentra contemplado en el ordenamiento jurídico mexicano. En primer lugar, la Ley General de Salud establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán el derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;⁵² y que los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel tendrán la obligación de proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que la o el enfermo pueda tomar decisiones libres e informadas sobre su atención, tratamiento y cuidados.⁵³

Por otro lado, es importante señalar que la violación al derecho a la salud guarda estrecha relación con la vulneración al derecho a la integridad personal, pues tal como lo ha señalado el relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, “ciertas formas de abusos presentes en entornos de atención de la salud que pueden trascender el mero maltrato y equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”,⁵⁴ es decir a violaciones al derecho a la integridad personal.

Dentro de las diferentes formas de abusos en entornos de atención de la salud se encuentran los cuidados médicos que causan graves sufrimientos sin ningún motivo aparente, pues pueden considerarse crueles, inhumanos o degradantes; y si hay participación estatal y una intención es-

⁴⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia, CRC/C/GC/7/Rev.1, aprobada en el 40º periodo de sesiones, Ginebra, 20 de septiembre de 2006, párr. 10.

⁵⁰ Francisco P. Navarro-Reynoso *et al.*, “Derechos humanos y consentimiento informado”, en *Cirugía y cirujanos*, vol. 72, núm. 3, Academia Mexicana de Cirugía, mayo-junio de 2004, p. 242.

⁵¹ Véase Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *doc. cit.*

⁵² Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 1 de junio de 2016, artículo 77 *bis* 37, fracción ix.

⁵³ *Ibidem*, artículo 166 *bis* 15, fracción i.

⁵⁴ Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, Resumen.

pecífica, incluso constituyen actos de tortura;⁵⁵ así como los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva, pues pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales provocados por motivos de género.⁵⁶

Respecto del trato irrespetuoso hacia la mujer durante el embarazo y el parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza la siguiente declaración: “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo y el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”.⁵⁷ Lo anterior en razón de que el trato irrespetuoso del personal médico a las usuarias puede llegar a ser humillante e influir de manera negativa en la decisión de las mujeres de acudir a los servicios médicos.⁵⁸

Una inadecuada atención médica puede vulnerar el derecho a la integridad personal, pues el acceso a los servicios adecuados de salud es una de las medidas principales para garantizar este derecho,⁵⁹ el cual es entendido como el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica, sexual y moral, y por lo mismo implica un deber del Estado de no someter a nadie a malos tratos, tortura, penas o cualquier trato cruel, inhumano o degradante ni permitir que terceros cometan dichos actos. Dicha prohibición constituye un derecho humano inderogable e imprescriptible que forma parte del *ius cogens* o norma imperativa del derecho internacional,⁶⁰ condición que coloca a la prohibición de los malos tratos y la tortura en la más alta jerarquía del orden jurídico internacional.

Ese derecho se encuentra reconocido en diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos como en el artículo 5º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH),⁶¹

⁵⁵ *Ibidem*, párr. 39.

⁵⁶ *Ibidem*, párr. 46.

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, Ginebra, OMS, 2014, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf>, página consultada el 14 de junio de 2016.

⁵⁸ En ocasiones dicho trato se puede considerar como una de las peores consecuencias del modelo hegemónico, que niega a la paciente conocimiento alguno sobre su cuerpo, y más cuando se trata de mujeres. Véase Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, *doc. cit.*

⁵⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69, Washington, D. C., CIDH/OEA, 7 de junio de 2010, párr. 39.

⁶⁰ Esto quiere decir que es una norma aceptada por toda la comunidad internacional en su conjunto, que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter.

⁶¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, artículo 5º: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

el artículo 7º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP),⁶² y el artículo 16.1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.⁶³

En lo relativo a la Recomendación 3/2015, la CDHDF tomó como marco de referencia la definición de tortura incluida en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, al construir “un estándar de protección más elevado para la víctima y que la elección de este estándar es consistente con la obligación de aplicar la norma más favorable a la víctima establecida en el artículo 1.2 de la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura”.⁶⁴

Cabe señalar que los sufrimientos innecesarios que se llegan a causar por los cuidados médicos no en todos los casos constituyen una violación al derecho a la integridad, ya que denegar el tratamiento del dolor —el cual es un acto de omisión y no de comisión— se debe principalmente a la negligencia en los servicios de salud y a malas políticas públicas, y no a la intención de infligir un sufrimiento.

En cuanto las afectaciones al derecho a la salud materna algunas veces inciden en vulneraciones al derecho a la vida, reconocido en instrumentos como el PIDCP (artículo 6.1),⁶⁵ la CADH (artículo 4º),⁶⁶ la DUDH (artículo 3º)⁶⁷ y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo 1º).⁶⁸

⁶² Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966, artículo 7º: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

⁶³ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 39/46 del 10 de diciembre de 1984, artículo 16.1: “Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12 y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.

⁶⁴ Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Conclusiones Preliminares Visita a México del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez abril 21-mayo 2 2014”, disponible en <<http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14564&LangID=S>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

⁶⁵ El artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos estipula que “el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

⁶⁶ El artículo 4º de la Convención Americana sobre Derechos Humana establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

⁶⁷ El artículo 3º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

⁶⁸ Ella establece en su artículo 1º que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Véase Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948.

Con relación a los servicios de salud y la responsabilidad del Estado de garantizarlos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.⁶⁹ En tal contexto, los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud (en la esfera pública y privada) para lograr una efectiva protección a los derechos a la vida y a la integridad personal. Para todo ello se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de los derechos, y la supervisión eficaz y constante de la prestación de los servicios de los cuales dependen la vida y la integridad de las personas.⁷⁰

En el caso particular de la mortalidad materna, además de constituir en ocasiones una violación al derecho a la vida, de acuerdo con la OMS es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres, y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición, y a oportunidades económicas.⁷¹

En tal sentido, la OMS ha considerado que para reducir la mortalidad materna “todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo durante el puerperio”. Además, destaca que es particularmente importante “que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte”.⁷²

v. Análisis y conclusiones

Desde su creación, la CDHDF ha emitido seis recomendaciones relacionadas con temas de acceso al derecho a la salud de las mujeres y los servicios que reciben por parte del Estado.⁷³ En ellas se documentan 35 casos relativos a la mortalidad y morbilidad materna en los cuales las mujeres, niñas y niños recién nacidos o ambos perdieron la vida o tuvieron secuelas.

⁶⁹ Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador (Fondo Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 22 de noviembre de 2007, serie C, núm. 171, párr. 117.

⁷⁰ *Ibidem*, párr. 121.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud, *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/Unicef/World Bank Statement*, Ginebra, OMS, 1999.

⁷² Véase Organización Mundial de la Salud, Nota descriptiva núm. 348, Mortalidad materna, noviembre de 2015, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>, página consultada el 14 de junio de 2016.

⁷³ Para conocer más sobre las recomendaciones 2/2009, 10/2006, 13/12006, 2/2009, 7/2011, 15/2012 y 3/2015, véase <<http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx>>.

Consideramos que lo anterior muestra que en el sistema de salud de la Ciudad de México persisten problemas que generan violaciones graves a los derechos humanos. Asimismo, expone una gran preocupación a nivel local frente a las tasas de defunciones y complicaciones –muchas veces irreversibles– provocadas por omisiones en la atención o el cuidado hospitalario, las cuales podrían ser evitables y que ponen en riesgo la salud y la integridad personal de las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, al igual que la salud de niños y niñas.

El escenario repetido de violaciones nos hace pensar que, a pesar de los compromisos que nuestro país en general, y el Gobierno de la Ciudad de México en particular, han asumido para alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud con calidad y calidez a las mujeres embarazadas, con el fin de ampliar la cobertura, fortalecer las redes de protección social y atender los lineamientos esgrimidos en los ordenamientos relativos al tema, el componente crítico del sistema en el ámbito material continúa siendo la falta de recursos humanos y la carencia de insumos e infraestructura; mientras que en el inmaterial prevalece una cultura del abuso fuertemente internalizada en el personal de salud.

Aunado a la falta de atención oportuna, se adicionan deficiencias en el diagnóstico, principalmente la omisión de atender u observar las particularidades que las mujeres pueden estar manifestando como entidades individuales y que recurrentemente desatienden o ignoran las y los médicos, enfermeros y trabajadores sociales en los entornos de atención a la salud. Lo anterior reproduce y normaliza una serie de prácticas abusivas que a menudo son recibidas por las personas agraviadas como parte inherente de la atención hospitalaria; por ejemplo, aguantarse el dolor o evitar cualquier manifestación de éste, escuchar comentarios agresivos u ofensivos relacionados con la necesidad de la atención, recibir poca o nula información, y la colocación de métodos anticonceptivos sin mediar consentimiento son sólo algunos de los costos que asumen las mujeres y sus familiares durante esta etapa.

La repetición de ese tipo de prácticas es preocupante debido a que los hospitales del sistema de salud de la Ciudad de México son hospitales-escuela, por lo que la reproducción de los malos tratos se convierte en parte del aprendizaje que posteriormente se seguirá llevando a cabo.

Como ya se analizó, es relevante enfatizar que desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos la salud materna abarca la protección de toda una gama de derechos relacionados con la autonomía y dignidad de las mujeres; así como con la toma de decisiones libres e informadas en relación con el parto, embarazo y puerperio,⁷⁴ e incluso respecto a las de-

⁷⁴ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, “La salud materna en el derecho internacional”, en *Informe anual 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, vol. II, México, CDHDF, 2014, p. 7.

cisiones relacionadas con la autonomía reproductiva, la planificación familiar y la prevención de embarazos futuros.

Ante tales escenarios, los organismos de protección a los derechos humanos deberán incidir en la construcción y establecimiento de una perspectiva de cumplimiento efectivo de los derechos humanos en donde será indispensable observar y visibilizar que el trato personal que una paciente reciba del personal de salud de cualquier institución deberá caracterizarse por brindar empatía, apoyo, seguridad, confianza y una comunicación gentil, respetuosa y efectiva que permita tomar decisiones informadas.

Es relevante reconocer que los problemas de atención materna trascienden el ámbito puramente médico, ya que están relacionados con la injusticia social, la discriminación y la situación de desventaja histórica de las mujeres, la pobreza y la ausencia del reconocimiento y disfrute de los derechos humanos.

Asimismo, la mayoría de las prácticas de rutina llevadas a cabo durante el embarazo, el parto y el puerperio por parte del personal del sistema de salud de esta ciudad evidencian la discriminación material y estructural de la que son víctimas las mujeres; así como la preeminencia de un sistema social machista hegemónico que somete, restringe y anula los derechos de las mujeres, afectación que en muchas ocasiones –como ya se ha mencionado previamente– repercute en la vida de las niñas y los niños recién nacidos. Detrás de esas conductas existe una serie de paradigmas, estereotipos y violencia de género que ha gobernado la actividad social, que despersonaliza a la mujer como titular de derechos y que la coloca en una situación de vulnerabilidad.

Por lo tanto, es indispensable entender que este problema es generado por una cuestión más compleja y violenta que deviene de una discriminación histórica y permanente hacia las mujeres; sólo así se le podrá visualizar cabalmente y se generarán vías efectivas para su erradicación.

La discriminación hacia las mujeres es tan cierta y constante que en el propio derecho internacional de los derechos humanos se han propuesto diversos instrumentos normativos que buscan erradicarla,⁷⁵ siendo un derecho transversal y norma de *ius cogens* observar, atender y erradicar la discriminación. Por lo tanto, debe ser un objetivo por parte del Estado mexicano, ya que en la medida en que pueda contrarrestar y reeducar a su población la incidencia de actos violentos en contra de las mujeres podrá ir disminuyendo.

⁷⁵ En el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas se tiene a la DUDH, la CEDAW y el Comité CEDAW; mientras que en el ámbito del derecho interamericano se cuenta con la CADH y la Convención de Belém do Pará.

Todas y todos tenemos derecho a no ser discriminados y acceder al ejercicio pleno de nuestros derechos humanos; sin embargo, las mujeres a quienes hemos hecho referencia en el presente trabajo son el ejemplo claro y tangible de la deficiencia del Estado mexicano en el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales de garantizar, defender, proteger y promover sus derechos.

En lo anterior radica la relevancia de la actividad de los organismos públicos autónomos defensores de derechos humanos, quienes desde su margen de actuación pueden incidir, como en su momento lo ha hecho la CDHDF.

Por su parte, la violencia obstétrica sólo se puede entender y explicar a través del análisis de la complejidad que subyace en la violencia institucional y en la violencia de género. Criminalizar actos que constituyen violencia obstétrica diluye la responsabilidad estatal de propiciar cambios estructurales y culturales que permitan incidir de manera positiva en la atención médica; los servicios que se brindan a las mujeres; y la capacitación, sensibilización y profesionalización del personal de salud para atender el embarazo, el parto y el puerperio con perspectiva de género y derechos humanos, de tal manera que se ponga fin a la naturalización de prácticas recurrentes violatorias de derechos humanos ejercidas por el personal de salud hacia las usuarias de los servicios de salud pública.

Anexo

Cuadro 1. Narraciones de hechos

Caso	Hechos
<p>Caso A.</p> <p>Mujer de 23 años de edad.</p>	<p>El 20 de febrero de 2009 la persona agraviada acudió al Hospital General Dr. Enrique Cabrera, ya que cursaba por su primer embarazo y estaba próxima a dar a luz, pero no fue atendida. Regresó al día siguiente y después de esperar varias horas fue recibida esperando que tuviera mayor dilatación; 18 horas después de su ingreso se le practicó una cesárea (22 de febrero de 2009) y nació sana su hija. Desde que salió del quirófano presentó variaciones en la presión arterial, así como otras complicaciones. No obstante, el personal de salud no le proporcionó el adecuado seguimiento a la condición que presentaba, lo que causó que se le realizara una segunda cirugía para extirparle la matriz, extinguiendo con ello su capacidad reproductiva.</p>
<p>Caso B.</p> <p>Mujer de 23 años de edad.</p>	<p>En 2009 la persona agraviada cursaba una segunda gestación, motivo por el cual asistía a revisiones en el Centro de Salud de Zapotitlán, Tláhuac, en donde llevaban el control de su embarazo y el médico que la atendía anotó en su expediente clínico que cursaba con un embarazo normal. El 14 de mayo de ese año se presentó en dicho centro de salud refiriendo que tenía secreción vaginal. Personal médico confirmó ese hecho y le prescribió medicamento; asimismo, se le informó que tenía una edad gestacional de 27.5 semanas. Al día siguiente acudió de nuevo al centro de salud, ya que continuaba presentando salida de líquido transvaginal. En esa ocasión el médico que la atendió determinó que cursaba un embarazo de 32 semanas y le otorgó un pase para el Hospital Materno Infantil de Tláhuac, a donde acudió y se le practicó una cesárea de urgencia. El producto nació sin vida, lo cual le fue informado a la paciente de manera abrupta; ella solicitó ver a su hijo pero se lo negaron, y le comunicaron que ella era la responsable de la muerte del producto de la gestación, ya que no se había cuidado durante el embarazo. No le informaron la causa de fallecimiento de su hijo, pero le solicitaron que donara el cuerpo para estudiarlo.</p>

Caso	Hechos
<p>Caso C. Mujer de 22 años de edad.</p>	<p>La persona agraviada ingresó al área de urgencias del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc a las 13:40 horas del 18 de julio de 2009 con sangrado vaginal moderado. Durante la revisión, dos médicos residentes no se ponían de acuerdo con el diagnóstico y le realizaron tres tactos para concluir que la salida del líquido era sangre diluida. Posteriormente, fue revisada por otro médico residente, quien le realizó otro tacto y llenó unos papeles donde informaba que se trataba de un aborto inevitable de 21 semanas de gestación. Ese día y al día siguiente se le suministró medicamento para inducir el aborto en varias dosis. A las 22:30 horas del 19 de julio un médico le comunicó que se habían equivocado en el diagnóstico, que el corazón del producto latía y había movimientos fetales, por lo que habían cancelado el trabajo de inducción, prescribiéndole otro medicamento para inhibirlo. Fue dada de alta del Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc el 23 de julio de 2009. El 30 de julio de ese año ingresó con dolor obstétrico al Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde le indicaron tratamiento para inhibir el alumbramiento; no obstante, el trabajo de parto evolucionó y se obtuvo el producto sin vida a las 2:03 horas.</p>
<p>Caso D. Mujer sin registro de edad.</p>	<p>El 31 de julio de 2011 a las 10:00 horas la persona agraviada, primigesta, acudió al Hospital Materno Infantil de Cuauhtepc porque tenía contracciones. Fue atendida por un médico general, quien le realizó un tacto y le dijo que le faltaban tres semanas para llegar a término. A las 20:00 horas de ese día regresó al hospital, ya que continuaba con dolor abdominal; y le informaron que presentaba 10 centímetros de dilatación. Dos horas más tarde fue ingresada a quirófano para la realización de una cesárea. A las 0:05 horas del 1 de agosto nació su hija con asfixia severa; 18 horas después del nacimiento la niña fue referida para su atención al Hospital Pediátrico de Iztacalco porque en el hospital donde alumbró no contaban con los servicios de laboratorio ni de gabinete necesarios para el diagnóstico, control y seguimiento de la recién nacida.</p>
<p>Caso E. Mujer de 33 años de edad.</p>	<p>La persona agraviada, originaria de una comunidad indígena de Guerrero, cursaba su segunda gestación y llevaba su control en el Centro de Salud San Nicolás Totolapan, de donde fue referida al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, el 15 de diciembre de 2011, para recibir la atención de su parto. En ese hospital no fue atendida por falta de cupo y fue referida al Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras. El 3 de enero de 2012 fue valorada por personal de salud que, al revisar los signos vitales de su hijo, le informó que su embarazo iba normal. También le indicaron que debido a su baja estatura era recomendable que se le practicara una cesárea y la programaron al día siguiente; y se le informó que le faltaban dos semanas, por lo que le indicaron que regresara a su casa. Ella manifestó su desacuerdo, por lo que le realizaron un ultrasonido que reveló que su hijo estaba muerto. Después de la expulsión del producto solicitó que se lo mostraran, pero se lo negaron. Luego fue sedada y cuando finalmente le enseñaron a su hijo lo vio congelado. Por las condiciones físicas que presentaba el producto de la gestación al momento del alumbramiento, se presume que permaneció sin vida al menos 48 horas en el útero de la madre.</p>
<p>Caso F. Mujer de 21 años de edad.</p>	<p>El 28 de febrero de 2011 la persona agraviada, primigesta, solicitó la atención de su parto en el Hospital Materno Infantil Inguarán aproximadamente a las 2:30 horas. La pasaron a una sala de espera, y después de cuatro horas llegó una doctora quien la atendió, le hizo un tacto vaginal y le dijo que todavía le faltaba. Le indicó que saliera y regresara más tarde cuando se realizara el cambio de turno, que era como a las 9:00 de la mañana. Entró nuevamente al hospital, la llevaron a un consultorio en donde la atendió personal médico; la revisaron indicándole que tenía cuatro centímetros de dilatación por lo que el médico encargado determinó que se quedaría hospitalizada. En la sala de labor de parto ella solicitó que le realizaran una cesárea. Pasaron alrededor de tres horas, su dolor iba en aumento y su hijo no podía nacer, por lo que insistió en una cesárea como alternativa; no obstante, el personal de salud le insistió que siguiera intentando pujar para que el producto naciera. Después de un rato la llevaron a la sala de expulsión donde un médico le oprimió el estómago y fue cuando su hijo nació a las 22:15 horas. El recién nacido no lloró y el personal le indicó que no respiraba. El niño presenta un daño cerebral.</p>

Caso	Hechos
<p>Caso G. Mujer de 32 años de edad.</p>	<p>El 14 de agosto de 2012 la persona agraviada acudió al Hospital General de Tláhuac para recibir atención debido a que cursaba con su segundo embarazo y presentaba contracciones. La valoró el personal y le indicó que no era tiempo. El 16 de agosto acudió nuevamente a ese nosocomio a donde fue ingresada a las 21:00 horas, determinándose por el ultrasonido que presentaba 41.5 semanas de edad gestacional. Al día siguiente presentó trabajo de parto en fase activa, alumbrando naturalmente a las 7:47 horas a un producto único vivo del sexo masculino. Tres horas después la mujer falleció de choque hipovolémico, anemia aguda y sangrado postparto masivo extrauterino.</p>
<p>Caso H. Mujer de 18 años de edad.</p>	<p>El 29 de septiembre de 2012 la persona agraviada acudió al Hospital General Ticomán, referenciada del Hospital General Inguarán, para recibir la atención de su parto. Del resultado de la auscultación resultó que presentaba contracciones uterinas de cuatro horas de evolución y una presión arterial elevada; le dieron cita abierta para urgencias y le comunicaron cuáles podrían ser signos de alarma. El 2 de octubre acudió de nuevo al hospital; no obstante, a pesar de que otra vez presentaba presión arterial alta la mandaron a caminar. Regresó poco antes de las cuatro horas debido a que tenía un intenso dolor en la zona lumbar. Cuando la revisaron le dijeron que el producto no presentaba latido. Le suministraron medicamento para inducir el trabajo de parto. Permaneció hasta las 19:00 horas del día siguiente con dolores, pero no expulsó de forma natural al producto; por tal motivo le practicaron una cesárea de la que se obtuvo un producto único femenino sin vida.</p>
<p>Caso I. Mujer de 29 años de edad.</p>	<p>La persona agraviada se presentó en el Hospital General Ajusco Medio el 5 de enero de 2012 por la noche, debido a que presentaba dolor abdominal y 41 semanas de gestación de su segundo embarazo. Personal de salud la revisó, le indicó que no estaba dilatada y que regresara al día siguiente. Aproximadamente a las 18:00 horas del 6 de enero de 2012 se presentó nuevamente en dicho hospital con contracciones frecuentes. En el área de Urgencias de ese lugar presentó ruptura de membranas con expulsión de líquido color café; pese a ello no se tomó ni se registró la frecuencia cardíaca fetal. Transcurrieron tres horas desde que comenzó a filtrarse el líquido amniótico; aproximadamente a las 21:00 horas un médico cirujano la ingresó al quirófano para practicarle una cesárea, la cual se retrasó por alrededor de 50 minutos. El producto nació muerto a las 22:30 horas.</p>
<p>Caso J. Mujer de 19 años de edad.</p>	<p>El 12 de febrero de 2013 la persona agraviada acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez aproximadamente a las 20:00 horas, debido a que cursaba con su primer embarazo de 26 semanas y presentaba sangrado y convulsiones. Sin embargo, inicialmente le negaron la atención con el argumento de que no había personal disponible que la recibiera. A las 20:25 horas de ese día fue ingresada en dicho nosocomio; se le encontró estable, sin dato de crisis convulsivas, y cursando la fase latente de trabajo de parto con ruptura de membranas. Sin embargo, no se le aplicaron tocolíticos para atender el trabajo de parto pretérmino ni se le suministraron corticoesteroides para promover la maduración pulmonar del producto de la gestación. Estuvo más de nueve horas en observación de trabajo de parto; finalmente alumbró un producto de la gestación sin vida. No recibió información sobre la condición que presentaba, el tratamiento que debía seguir, el pronóstico del producto ni las posibles complicaciones.</p>
<p>Caso K. Mujer de 33 años de edad.</p>	<p>La persona agraviada acudió al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez el 1 de febrero de 2013 para recibir atención en su parto. Ingresó a dicho nosocomio a las 12:00 horas. Fue informada de que se quedaría hospitalizada y la llevaron a la unidad tocoquirúrgica. Se le diagnosticó ruptura precoz de membranas, fase latente de trabajo de parto con cuatro centímetros de dilatación y una edad gestacional de 40 semanas. Después de aproximadamente siete horas personal de salud le aplicó oxitocina, pero sólo dilató ocho centímetros, por lo que el personal médico decidió realizarle una cesárea al determinarse la presencia de sufrimiento fetal agudo. La cirugía se complicó y le informaron que le retirarían la matriz; permaneció cinco días ingresada en terapia intensiva y su familiar trasladó con sus propios medios sangre de un hospital a otro para su atención. Después de la operación, el personal comenzó a nombrarla <i>la empaquetada</i> debido al nombre coloquial que recibe el procedimiento quirúrgico al que fue sometida.</p>

Caso	Hechos
<p>Caso L. Mujer de 17 años de edad.</p>	<p>La persona agraviada acudió al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc de la Sedesa el 5 de julio de 2013 a las 12:00 a. m., ya que presentaba dolores de parto. Fue revalorada a las 20:30 horas y se describió tacto vaginal con cérvix borrado en 70%, dilatación de 4 cm con membranas íntegras, por lo que le indicaron volver en cuatro horas. A la 1:00 horas la ingresaron a tococirugía. A las 6:20 horas del 6 de julio nació su hijo con la atención del personal médico residente de segundo año, ya que no había personal especializado en ginecología, motivo por el cual no fue valorada por un médico encargado. En ese lapso, presentó una hemorragia obstétrica; la paciente se reportaba grave y pendiente de transfusión sanguínea. A las 10:00 horas fue trasladada al Hospital General La Villa, donde el personal médico informó que presentaba desgarre de vagina, así como anemia por la pérdida de sangre.</p>
<p>Caso M. Mujer de 22 años de edad.</p>	<p>El 2 de octubre de 2013 la persona agraviada acudió al Hospital General Dr. Gregorio Salas para darle seguimiento a su último mes de embarazo y esclarecer la fecha en que le practicarían su cesárea, en razón de que vive con VIH/sida. El 26 de octubre, aproximadamente a las 5:30 horas, acudió al área de urgencias del hospital, porque presentaba trabajo de parto. El personal de salud le indicó que aún no era tiempo para su parto, porque tenía 37 semanas de gestación y no tenía el cuello de la matriz abierto. Asimismo, le informaron que si el producto nacía, éste tendría un problema respiratorio y sería prematuro, sin que consideraran su padecimiento. Por lo anterior se retiró de ese nosocomio; pero como seguía sintiéndose mal, se trasladó al Hospital Materno Infantil Inguarán, donde fue atendida en razón de presentar trabajo de parto en fase activa. Su hijo nació por parto vaginal y deberá ser valorado sistemáticamente para descartar que contraiga VIH/sida.</p>
<p>Caso N. Mujer de 19 años de edad.</p>	<p>El 5 de octubre de 2013, a las 11:58 horas, la persona agraviada ingresó al Hospital Materno Infantil Cuajimalpa para recibir atención por presentar dolor en el vientre y la cabeza, vómito y sangrado nasal. Fue atendida en el consultorio 1, donde una doctora le dijo de manera grosera que dejara de fingir malestar; además, no consideró que la paciente había estado hospitalizada en ese lugar varios días durante el mes de septiembre por diagnóstico de preeclampsia. Se retiró del hospital pese a que seguía presentando dolor. Aproximadamente a las 6:00 horas del 6 de octubre comenzó a convulsionarse, por lo que sus familiares la trasladaron al hospital donde se le practicó una cesárea de urgencia. Posteriormente, personal de ese nosocomio informó a los familiares que en la Unidad de Cuidados Intensivos Prenatales se reportaba a la niña recién nacida como grave y que deberá ser valorada durante muchos años.</p>
<p>Caso Ñ. Mujer de 19 años de edad.</p>	<p>El 24 de octubre de 2013 la persona agraviada, quien cursaba su primer embarazo de 39.4 semanas de gestación, acudió al Hospital General de Ticomán para recibir atención médica. Fue valorada por personal de salud, el cual determinó practicarle una cesárea. Al día siguiente de la cirugía, personal del hospital la coaccionó para que aceptara la colocación de un dispositivo intrauterino como método de prevención de embarazos, el cual le colocaron ese mismo día. Aunque presentó picos febriles en varios momentos después de la cirugía, los cuales no cedían, fue hasta el cuarto día cuando le realizaron de un ultrasonido pélvico, el cual arrojó la presencia de acumulación de sangre en el área del vientre. Por ello el 31 de octubre fue intervenida quirúrgicamente para realizarle la extirpación del útero, perdiendo completamente su capacidad reproductiva.</p>
<p>Caso O. Mujer de 19 años de edad.</p>	<p>El 22 de enero de 2014 la persona agraviada acudió en la noche al Hospital Materno Infantil Cuauhtepc, porque presentaba trabajo de parto, un embarazo de 34 semanas y preeclampsia. Sin embargo, en dicho nosocomio no se contaba con personal médico especializado en gineco-obstetricia en el turno nocturno, por lo que fue referida al Hospital General Ticomán. Se trasladó a ese nosocomio donde le indicaron que por su condición de salud y por la presencia de líquido amniótico meconial, su hija debería nacer por cesárea; no obstante, ésta no pudo realizarse por la falta de material estéril. A las 7:57 del 23 de enero la paciente presentó convulsiones. Dos horas después del ingreso al hospital, nació su hija vía parto natural, con diagnóstico de asfisia, presión alta y con mala evolución; presentó paro cardiorrespiratorio y murió a las 15:30 horas del 24 de enero.</p>

Caso	Hechos
<p>Caso P. Mujer de 21 años de edad.</p>	<p>El día 22 de febrero de 2014 la persona agraviada acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán para su atención por encontrarse embarazada y presentar dolor tipo cólico y aumento de la actividad uterina. Sin embargo, no fue ingresada para su atención; sólo le indicaron cuáles podrían ser los datos de alarma y le dieron cita abierta para el servicio de urgencias. Al día siguiente, a las 13:10 horas, fue nuevamente a ese nosocomio tras continuar con dolor obstétrico; sin embargo, se le egresó con plan de reposo y medicamento. A las 23:30 horas regresó nuevamente para recibir atención en ese hospital, ordenándose su hospitalización y sin que se haya registrado el tratamiento que recibió ni la fecha en que fue dada de alta. El 7 de marzo a las 22:28 horas acudió nuevamente al hospital porque no sentía movimientos fetales; a las 22:49 horas expulsó al producto, que ya había fallecido.</p>
<p>Caso Q. Mujer de 17 años de edad.</p>	<p>El 12 de agosto de 2014, la persona agraviada acudió al área de urgencias del Hospital Materno Infantil Cuauhtepc debido a que tenía 40 semanas de gestación y presentaba un fuerte dolor abdominal. Fue atendida por un médico, quien la valoró y revisó los signos vitales del feto; le indicó que los dolores se debían a que presentaba una infección en las vías urinarias y le prescribió medicamento, aplazando la atención que requería. El 15 de agosto de 2014 fue de nuevo a ese hospital debido a que los dolores continuaban, pero personal médico le dijo que tenía 2 cm de dilatación, aplazando nuevamente la atención del parto. La madrugada del 17 de agosto fue una vez más por los dolores que presentaba y la doctora que la revisó le dijo que aún faltaba para que iniciara la labor de parto, ya que su cuello aún no se dilataba, y que regresara a su domicilio. El 18 de agosto, a las 20:00 horas, ingresó al área de urgencias del citado nosocomio debido a que continuaba con dolor abdominal y su vientre estaba duro. Le confirmaron que el producto había fallecido y en ese momento los médicos la regañaron porque no había ido al hospital para ser revisada, culpándola de la muerte de su hijo. Fue hasta las 19:00 horas del 19 de agosto cuando tuvo el alumbramiento de un varón sin vida.</p>
<p>Caso R. Mujer de 18 años de edad.</p>	<p>Desde el 18 de diciembre de 2012 la persona agraviada, primigesta, acudió al Hospital Materno Infantil Tláhuac, ya que presentaba dolores de parto. Sin embargo, no fue atendida porque no había médicos y la enviaron al Hospital Materno Infantil Xochimilco, en donde tampoco había personal médico que la atendiera. A las 5:00 horas del 19 de diciembre se dirigió al Hospital General Iztapalapa, con el fin de recibir atención. Fue ingresada al área de labor a las 9:00 horas, y a partir de ese momento el personal médico esperó a que ella presentara dilatación necesaria, lo cual no ocurrió. Finalmente, se interrumpió el parto natural por medio de una cesárea que comenzó a las 13:30 horas. Sin embargo, al obtener al niño, éste presentó poca vitalidad y bajos reflejos. A las 20:00 horas de ese día ella presentó un sangrado abundante; sin embargo, en el hospital sólo se encontraban médicos residentes en la especialidad de gineco-obstetricia.</p>
<p>Caso S. Mujer de 23 años de edad.</p>	<p>El 18 de octubre de 2014, a las 5:00 horas, la persona agraviada llegó al Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, ya que presentaba contracciones y dolores de parto en razón de su tercer embarazo. A las 6:37 horas, en la recepción le tomaron sus datos e informó que se sentía mal, que estaba mareada, con dolores y que probablemente estaba por comenzar el alumbramiento, pero no fue valorada. Después de media hora ella fue al baño y en ese momento expulsó a su hija, quien cayó dentro de la taza del baño, golpeándose al caer y cortándose el cordón umbilical. En su auxilio acudió su concubino y las personas que se encontraban en la sala de espera, mientras que el personal de salud de ese nosocomio llegó entre cinco y 10 minutos después.</p>

Caso	Hechos
<p>Caso T. Mujer de 24 años de edad.</p>	<p>El 24 de octubre de 2014 la persona agraviada acudió al Hospital Materno Infantil Inguarán para atención de su parto. Durante su auscultación y entrevista, personal médico le suministró un medicamento. Ya en el interior del hospital se quejaba de tener mucho dolor, por lo que durante la atención del parto las enfermeras se burlaban y la anesthesióloga la amenazó e intimidó y no le aplicaron anestesia. Después del nacimiento, se le informó que no había cuneros disponibles en dicho nosocomio. Además, le comentaron que no contaban con pediatra o médico especialista que la valorara a ella y a su hijo, y les señalaron que si querían un mejor servicio acudirían con un médico particular y solicitaran una ambulancia. El recién nacido fue referido al Hospital Pediátrico La Villa para su atención de probable síndrome de dificultad respiratoria, probable síndrome de adaptación pulmonar y asfixia recuperada debido a que la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Materno Infantil Inguarán se encontraba en remodelación.</p>
<p>Caso U. Mujer de 15 años de edad.</p>	<p>El 4 de diciembre de 2014 la persona agraviada acudió en compañía de su padre al Hospital Materno Infantil Inguarán con el fin de recibir atención médica en razón de su embarazo, ya que presentaba dolores en el vientre. Sin embargo, tras revisarla, personal médico les indicó que los dolores se debían a que el producto se estaba acomodando. En los días siguientes continuó con dolores, por lo que fue con un doctor particular, quien mediante un ultrasonido diagnóstico que casi no tenía líquido amniótico y que era urgente que recibiera atención. El 8 de diciembre fueron de nuevo a dicho hospital; ese día, personal médico informó a los padres que había nacido su nieto por medio de cesárea y que ambos se encontraban bien. Al preguntar si podían quedarse, les dijeron que no y que al día siguiente se presentarían a la hora de la visita. En la mañana, mediante comunicación telefónica, personal del citado nosocomio solicitó a los padres que acudieran urgentemente al hospital. Al llegar, les indicaron que su hija se había desangrado y que sería trasladada en ambulancia al Hospital Tláhuac, ya que aquel hospital sí contaba con un área de terapia intensiva. Al llegar al aquel hospital, una médico informó a los padres que su hija se encontraba grave y falleció el 10 de diciembre.</p>
<p>Caso V. Mujer de 31 años de edad.</p>	<p>El 25 de diciembre de 2014, aproximadamente a las 4:00 horas, la persona agraviada acudió al Hospital General Iztapalapa de la Sedesa debido a que presentaba dolores de parto. Sin embargo, no recibió la atención médica porque no había personal médico que la atendiera. Por ello, se trasladó al Hospital General Balbuena, en donde tampoco recibió atención. Posteriormente, se presentó en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde fue ingresada a quirófano para que le practicaran una cesárea aproximadamente a las 15:00 horas de esa misma fecha. A las 16:12 horas nació su hijo, sin complicación alguna. Sin embargo, uno de los médicos que la atendió le comentó que la habían operado para que ya no pudiera tener más hijos, cirujía que ella no autorizó. Después del nacimiento, la persona agraviada comenzó a tener dolores intensos en su pierna derecha, lo cual informó a un médico de ese nosocomio, quien le indicó que “pocas quedan cojas”. El 28 de diciembre la dieron de alta, a pesar de que continuó manifestando que tenía fuertes dolores en su pierna. Después de ello comenzó un peregrinar en varios hospitales de la red de salud de la Ciudad de México. Actualmente padece un dolor crónico en la pierna que le impide caminar correctamente y no ha recibido atención médica adecuada.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en las narraciones de hechos de la Recomendación 3/2015 de la CDHDF.

VI. Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General*, A/61/122/Add.1, 6 de julio de 2006.
- Belli, Laura F., “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio de 2013, pp. 25-34.
- Brazelton, T. Berry, y Bertrand G. Cramer, *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona, Paidós, 1993.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, “La salud materna en el derecho internacional”, en *Informe anual 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*, vol. II, México, CDHDF, 2014, p. 7.
- , Recomendación 3/2015, Falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito Federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimiento innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos, disponible en <<http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/2015/05/recomendacion-32015/>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*, Cepal, octubre de 2007.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*, OEA/Ser. L/V/II.Doc. 68, CIDH/OEA, 20 de enero de 2007.
- , *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser. L/V/II. Doc. 69, Washington, D. C., CIDH/OEA, 7 de junio de 2010.
- Comité CEDAW, Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, 11º periodo de sesiones, 1992.
- Comité Coordinador para la Elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México, 2009, 1266 pp., disponible en <<http://www.derechoshumanosdf.org.mx/docs/programa.pdf>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, aprobada en el 22º periodo de sesiones, Ginebra, 11 de mayo de 2000.
- Comité de los Derechos del Niño, Observación General núm. 7. Realización de los derechos del niño en la primera infancia, CRC/C/GC/7/Rev.1, aprobada en el 40º periodo de sesiones, Ginebra, 20 de septiembre de 2006.

- , Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), CRC/C/GC/15, aprobada en el 62º periodo de sesiones, 17 de abril de 2013.
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.
- , *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*, A/HRC/21/22, 2 de julio de 2012.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917; última reforma publicada el 29 de enero de 2016, disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf>, página consultada el 9 de mayo de 2016.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada y suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969.
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 39/46 del 10 de diciembre de 1984.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, Belém do Pará, 9 de junio de 1994.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979; publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 1981.
- Corte IDH, *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador (Fondo Reparaciones y Costas)*, Sentencia del 22 de noviembre de 2007, serie C, núm. 171.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Freedman, Lynn P., y Margaret E. Kruk, “Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas”, en *The Lancet*, vol. 384, núm. 9948, 20 de septiembre de 2014.

- García-Dié, María Teresa, y Concepció Palacín, “Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención”, Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes. Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia, Girona, 15 y 16 de octubre de 1999.
- Gobierno de la República, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, México, Gobierno de la República, s. f., disponible en <http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Grilo Diniz, Simone, *et al.*, “Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention”, en *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, vol. 25, núm. 3, Sao Paulo, 2015.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida, “3. Violencia obstétrica”, en *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*, México, GIRE, febrero de 2015, pp. 117-153.
- , “Violencia obstétrica”, disponible en <<http://www.gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>>, página consultada el 18 de septiembre de 2012.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2008; última reforma publicada el 26 de noviembre de 2015, disponible en <<http://www.aldf.gob.mx/archivo-fde12a5698a6daa612f4515f386b1beb.pdf>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 22 de junio de 1993; última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 18 de noviembre de 2015.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009; última reforma publicada el 19 de enero de 2016.
- Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; última reforma publicada el 1 de junio de 2016.
- Magnone Alemán, Natalia, “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”, trabajo presentado en las x Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Montevideo, 13 y 14 de setiembre de 2011, disponible en <<http://web.archive.org/web/20141105042056/http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>>, página consultada el 8 de junio de 2015.
- Medina, Graciela, “Violencia obstétrica”, en *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, núm. 4, Buenos Aires, diciembre de 2009, disponible en <<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica>>, página consultada el 5 de noviembre de 2012.
- Navarro-Reynoso, Francisco P., *et al.*, “Derechos humanos y consentimiento informado”, en *Cirugía y cirujanos*, vol. 72, núm. 3, Academia Mexicana de Cirugía, mayo-junio de 2004, pp. 239-245.

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>>, página consultada el 20 de mayo de 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>>, página consultada el 20 de mayo de 2015.
- Observatorio de Equidad de Género en Salud, *Informe monográfico 2007-2012. Violencia de género en Chile*, Santiago, OPS/OMS, 2013.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Consideraciones para la investigación y documentación de la tortura en México*, México, OACNUDH, 2007.
- , “Conclusiones Preliminares Visita a México del Relator Especial de Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez abril 21-mayo 2 2014”, disponible en <<http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14564&LangID=S>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Organización Mundial de la Salud, *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, Ginebra, OMS, 2014, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- , *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/Unicef/World Bank Statement*, Ginebra, OMS, 1999.
- , Nota descriptiva núm. 323, Salud y derechos humanos, diciembre de 2015, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- , Nota descriptiva núm. 348, Mortalidad materna, noviembre de 2015, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 2200 A (xxi) del 16 de diciembre de 1966.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su XVIII periodo de sesiones, San Salvador, 17 de noviembre de 1988.

- Quevedo, Paula, *Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género*, Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo, 2012, disponible en <http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf>, página consultada el 7 de marzo de 2015.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Cuadro 5.1 Servicios otorgados en la unidades médicas”, en *Agenda Estadística 2014*, México, Sedesa, 2014, disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Serrano, Sandra, y Daniel Vázquez (coords.), *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*, México, Flacso-México, 2013.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Tratados internacionales de los que el Estado mexicano es parte en los que se reconocen derechos humanos”, disponible en <<http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/TI.html>>, página consultada el 14 de junio de 2016.
- Vázquez, Daniel, y Domitille Delaplace, “Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: un campo en construcción”, en *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 8, núm. 14, Sao Paulo, junio de 2011, pp. 35-65.
- Villanueva-Egan, Luis Alberto, “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, en *Revista Conamed*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre de 2010, pp. 147-151.