

## **Evaluación de las acciones para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios gineco obstétricos del IMSS.**

El caso de la Estrategia de  
Fortalecimiento de Atención  
a la Mujer Embarazada (EFAME).



**LOURDES JIMENEZ BRITO · FRIDA ROMERO SUÁREZ**



DOCUMENTOS  
DE TRABAJO

9

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**

Alvaro Velarca Hernández  
Secretario General

Este material fue preparado por Lourdes Jimenez Brito y Frida Romero Suárez, bajo la dirección de Vanessa Stoehr Linowski, Directora Ejecutiva de Proyectos e Investigación y Miguel Ángel Ramírez Villela, jefe de la División de Proyectos de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

*Cuadernos de trabajo* (año 1, núm. 9) es una publicación seriada de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lidice, alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700. <https://ciss-bienestar.org/>

El cuidado de la edición estuvo a cargo de Sebastián Castellanos.

El diseño y la formación estuvieron a cargo de Janín Muñoz Mercado.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

ISBN: en trámite.

Evaluación de las acciones  
para prevenir y erradicar  
la violencia obstétrica  
de los servicios gineco  
obstétricos del IMSS. El  
caso de la Estrategia  
de Fortalecimiento de  
Atención a la Mujer  
Embarazada (EFAME).

**LOURDES JIMENEZ BRITO**  
**FRIDA ROMERO SUÁREZ**





# CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	8
AGRADECIMIENTOS	12
INTRODUCCIÓN	14
CONCLUSIÓN	70
REFERENCIAS	74
ANEXO	82



Lourdes Jimenez Brito<sup>1</sup>  
Frida Romero Suárez<sup>2</sup>

## RESUMEN EJECUTIVO

Este documento aborda el tema de la violencia obstétrica en los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En él se describe la respuesta institucional del IMSS para intentar disminuir los casos de violencia obstétrica: la Estrategia de Fortalecimiento de Atención a la Mujer Embarazada (EFAME). La EFAME es una estrategia que inició como prueba piloto implementada desde el año 2018 en una selección de unidades médicas de todo el país. A primera vista sus resultados preliminares parecen ser alentadores respecto a la disminución de casos de "maltrato" y mejora en la atención a la mujer embarazada y parturienta. Sin embargo, la EFAME presenta limitaciones en su diseño para poder erradicar y prevenir la violencia obstétrica ya que no contribuye a eliminar sus causas estructurales. Se trata de una estrategia diseñada desde un enfoque de mejora de la calidad y calidez de la atención gineco obstétrica y no, expresamente, desde una perspectiva de derechos humanos y de género. Estas características en su formulación contribuyen a limitar considerablemente los alcances de sus acciones para poder prevenir y erradicar posibles casos de violación de derechos humanos de las mujeres en ocasión de embarazo, el parto y el puerperio, es decir, de violencia obstétrica. Respecto a la metodología utilizada, se aplicó una combinación de técnicas de investigación cualitativa tales como una revisión de literatura, de fuentes documentales como en-

---

<sup>1</sup> Investigadora de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Contacto: lourdes.jimenez@ciss-bienestar.org

<sup>2</sup> Médica cirujana y especialista en Antropología médica.



cuestas, legislación estatal y nacional, entrevistas y comunicaciones personales con personas vinculadas a la EFAME dentro del IMSS. En la sección final del documento se enlistan una serie de recomendaciones que buscan mejorar sustancialmente la estrategia institucional para que erradique y prevenga los casos de violencia obstétrica dentro de los servicios de salud del IMSS.





## AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a Cristina Solano del Real, asesora de programas médicos del IMSS, a la Doctora Alva Santos Carrillo, encargada de la División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal del IMSS, a la Dra. Sandra Girón, titular de la Coordinación de Igualdad y Género del IMSS y al Dr. Edgar Alfonso Herrerías Alfaro, Jefe de Salud Reproductiva de programa IMSS-BIENESTAR. Les extendemos nuestra gratitud por su amable disposición y tiempo para contribuir con este trabajo. Toda la información facilitada ha sido de gran ayuda para lograr los objetivos de la presente investigación.

Asimismo, agradecemos la excelente tarea de asistencia de investigación de Michelle Martínez Balbuena.



## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del año 2016, el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto en México sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. Este trabajo analiza el tema de la violencia obstétrica en México y, en particular, en los servicios de salud gineco obstétricos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El objetivo es describir y evaluar la pertinencia del diseño de la respuesta institucional del IMSS para intentar disminuir los casos de violencia obstétrica, la denominada Estrategia de Fortalecimiento de Atención a la Mujer Embarazada (EFAME). La EFAME es una prueba piloto implementada desde el año 2018 en una selección de unidades médicas de todo el país que busca mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica de las derechohabientes y usuarias embarazadas, mediante acciones complementarias en tres ejes: (1) Empoderamiento de la mujer embarazada; (2) Fortalecimiento en la formación de recursos humanos; y (3) Dignificación de la infraestructura de salud.

La estructura de este documento es la siguiente: en primer lugar, se hace un abordaje teórico y conceptual acerca del fenómeno de la violencia obstétrica. Es fundamental comprender cabalmente de qué se trata este tipo particular de violencia de género, sus causas, sus diferentes manifestaciones e implicaciones para las mujeres y familias que la sufren. En segundo lugar, se hace un análisis de la situación en la que se encuentra la atención a la salud sexual, reproductiva y materna en México a partir de una selección de variables claves. Este ejercicio es fundamental para contextualizar y comprender la situación actual que se vive en los servicios gineco obstétricos del país.

Asimismo, se presenta el cuerpo normativo que regula la atención gineco obstétrica para todo el sector salud y que incluye a los casos de violencia obstétrica. Seguidamente, se analizan los resultados de la ENDIREH en lo relativo a los casos de violencia obstétrica, la descripción de las quejas y denuncias recibidas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), entre otras. Luego, se presenta la respuesta del IMSS ante las recomendaciones de contar con acciones que contribuyan a erradicar y prevenir la violencia obstétrica de los servicios de salud. Posterior a la descripción de la EFAME, se analizan sus principales áreas de oportunidad y en la sección final se efectúan una serie de recomendaciones y sugerencias en materia de política pública para garantizar un adecuado diseño y abordaje de la problemática de la violencia obstétrica dentro del IMSS.

### **Metodología y condiciones de alcance**

Para poder ejecutar esta investigación se aplicó una combinación de técnicas de investigación cualitativa: revisión de literatura, fuentes documentales como encuestas, legislación estatal y nacional, entrevistas y comunicaciones personales con personas vinculadas a la EFAME dentro del IMSS.

Es importante especificar las condiciones de alcance de este estudio. Se trata, principalmente, de un análisis del diseño de la estrategia, centrada sobre todo en la definición del problema público a atender. El objetivo de esta investigación es evaluar si su formulación es la más adecuada o no para abordar correctamente la problemática de la violencia obstétrica. Si bien es cierto que se aborda parte del proceso de implementación de la EFAME, se hace sólo a nivel descriptivo.

Este estudio pretende aportar al debate sobre las estrategias de intervención pública que contribuyan en forma eficaz a prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios de salud en México, en particular del IMSS. La EFAME es una estrategia que respondió a un

requerimiento puntual frente a una serie de denuncias y quejas por parte de las personas usuarias del sistema de salud. Sin embargo, presenta algunas limitaciones y desafíos en su diseño que restringen su capacidad de alcance para erradicar este tipo particular de violencia contra las mujeres.

### **El flagelo de la violencia obstétrica**

Cuando una mujer está embarazada, sobre todo cuando se acerca el momento de dar a luz, se somete casi constantemente a una evaluación médica por parte de terceros que intervienen, a veces en forma innecesaria, en los procesos fisiológicos. En Europa, a partir del siglo XVII, en la medida en la que el control de la natalidad se convirtió en una cuestión de Estado, los hombres empezaron a atender los partos, en particular los que requerían de intervención quirúrgica. El papel predominante de los médicos varones tuvo un impacto directo en el parto, que pasó de ser vertical a horizontal y boca arriba, una postura establecida en función de las necesidades del médico y no de la mujer (Vivas, 2019, pp. 144-145). La medicalización del parto fue resultado de una pugna por el control del cuerpo femenino y la desconfianza de los hombres en la capacidad natural de parir de las mujeres. Se quería convertir en predecible un proceso que se creía erróneamente que no lo era (Davis-Floyd, 2019). Esta situación promovió la existencia de un nuevo tipo de violencia contra las mujeres que, desafortunadamente, aún permanece naturalizada en nuestra sociedad. Vivas (2019) define así la violencia obstétrica:

Un conjunto de actitudes y procedimientos ejecutados por el personal sanitario que supeditan y menosprecian a la mujer con consecuencias físicas y psicológicas para su salud y la del recién nacido. Las capacidades maternas [...] quedan desposeídas de su significado y dar a luz se convierte en un asunto médico, donde las mujeres no cuentan. Las madres somos relegadas al papel de espectadoras o recipientes de un bebé, en un sistema médico jerárquico y patriarcal. Sin embargo, estos procedi-



mientos acaban siendo justificados por nuestro bien y el del pequeño, y son socialmente aceptados, incluso por las propias mujeres que los sufren y sus allegados. (pp. 167-168)

En la medida en la que el parto pasó del ámbito privado al público, lo que había sido una experiencia personal e íntima se convirtió en un proceso industrializado, que buscaba la máxima eficiencia. En los hospitales, la mujer que da a luz debe estar tumbada, inmóvil, sujeta a máquinas y rodeada de extraños que inspeccionan constantemente sus zonas íntimas. La cultura tecnocrática convirtió el parto en algo brutal, a menudo un acto de violencia (Kitzinger, 2015). El parto tecnocrático se consolidó a lo largo del siglo xx y con él la imagen de la embarazada como una paciente, un sujeto vulnerable, cuya opinión no cuenta, y del feto como un ser atrapado en el cuerpo femenino (Katz, 2000). La especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer a punto de dar a luz puede llevar a que sus derechos no sean respetados y hasta sufrir acciones vinculadas a la violencia obstétrica. El parto protagonizado por los profesionales de la salud y no por las mujeres parturientas es un escenario muy propicio para la violencia de género.<sup>3</sup>

Los avances en la medicina han supuesto numerosos cambios en casi todos los ámbitos de nuestras vidas y han impactado positivamente en la salud materna. Han permitido, por ejemplo, salvar muchas vidas, tanto maternas como neonatales. Definitivamente, con el empleo de las nuevas tecnologías y el conocimiento científico las embarazadas reciben una mejor atención y previenen enfermedades congénitas, nutricionales o neonatales. Sin embargo, la vigilancia y el control médico excesivos también han derivado en nuevas formas de violencia contra la mujer, en este caso, la violencia obstétrica. Por lo anterior, es justo manifestar que el problema no reside en los avances

---

<sup>3</sup> El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación-apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres de la que habla Aler: “estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total: con las piernas abiertas y levantadas, tumbadas contra la espalda, con los genitales expuestos y está en juego nuestra vida y la de nuestros hijos” (Fernandez, 2015, p. 114).

de la ciencia médica sino en la falta de un enfoque que se acerque al embarazo y el parto desde el respeto a la mujer y su derecho de vivir ambos procesos de manera positiva y libre de violencia por parte del personal sanitario. En definitiva, la atención médica no debe enfocarse sólo en salvar vidas, sino en buscar la manera más adecuada de preservar la vida mientras se procura y defiende una experiencia positiva de los procesos mencionados, respetados y libres de violencia.

La violencia obstétrica es uno de los mayores problemas que enfrentan las madres en los sistemas sanitarios cuando acuden embarazadas o en trabajo de parto, y se les aplican de manera rutinaria procedimientos previstos para momentos excepcionales. Sin duda, el ejemplo más emblemático es la cesárea no justificada —en el peor de los casos, sin consentimiento materno—, que se ejecuta por rutina, para agilizar el trabajo médico o para obtener ganancias monetarias, sin tener en cuenta las consecuencias nefastas que puede tener para la salud de la madre y el bebé.<sup>4</sup> Los datos sobre los nacimientos por cesárea son preocupantes, en especial para América Latina y el Caribe. Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa "ideal" de cesáreas se encuentra entre 10% y 15%. De hecho, nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando ésta se acerca a 10% (OMS, 2015). Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2018, el porcentaje mundial de partos por cesárea fue de 21%. Esta cifra es mucho más preocupante para América Latina y el Caribe, que se sitúa en un inadmisibles 44% (UNICEF, 2019).

La lucha contra la violencia obstétrica en América Latina comenzó en la década de 1990 con los esfuerzos de divulgación sobre el cuidado materno-infantil —con evidencia científica— emprendidos por activistas, quienes se respaldaron en 1996 en el documento de

<sup>4</sup> Otro ejemplo es la realización de episiotomías no justificadas en forma rutinaria. Una episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto. Pese a la evidencia científica y las recomendaciones de prácticas médicas que establecen que debe hacerse episiotomía únicamente bajo ciertas indicaciones específicas, se siguen escuchando justificaciones de mala praxis por parte del personal sanitario como: "Más vale una episiotomía mal hecha, que un desgarro bien hecho".

la Organización Mundial de la Salud (oms) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, en el que se advierte del peligro de convertir un suceso fisiológico normal en un procedimiento médico, por medio de "la adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia, pobremente evaluadas". Unos años después de la publicación del documento, Uruguay (en 2001), Argentina (en 2004), Brasil (en 2005) y Puerto Rico (en 2006) aprobaron leyes que garantizan el derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Brasil y Argentina desarrollaron una legislación más amplia que fomenta el llamado *parto humanizado o respetado*. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país del mundo en promulgar una ley específica para atender la violencia obstétrica. Dos años después Argentina proclamó una ley similar; siguieron Panamá, varios estados en México, Bolivia —con una ley que atiende la "violencia en contra de los derechos reproductivos" y la "violencia en servicios de salud"— y El Salvador, cuya ley hace un llamado a un trato digno en los servicios de salud maternos y de salud reproductiva (Barbara, 2019).

De acuerdo con el informe de 2017 de la iniciativa de monitoreo social "Mira que te miro",<sup>5</sup> menos de la mitad de los países de América Latina cuenta con mecanismos adecuados para atender las quejas por violencia obstétrica, por lo que se vuelve complejo conocer con exactitud la magnitud del problema. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que el maltrato por parte del personal de salud es "normal", y por lo tanto, no interponen quejas a menos de que haya una consecuencia física. En toda América Latina hubo mejoras sustanciales respecto a la salud materna y la atención sanitaria del embarazo y el recién nacido. Sin embargo, existen muchos pendientes relacionados con la calidad de la atención y la capacitación del

---

<sup>5</sup> "Mira que te miro" es una iniciativa de monitoreo social constituida a lo largo de tres años con la participación de un gran número de organizaciones, expertos y expertas de toda América Latina y el Caribe (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental, 2018). Tomado del *Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo*, año 2017.

personal de salud para el trato digno y con apego a los derechos humanos, como lo explica el *Informe Regional sobre la Implementación del Consenso de Montevideo*, que elaboró la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en 2019 (Baruch, 2019). Paulatinamente diversas organizaciones civiles han creado espacios propicios para monitorear este flagelo y aportar datos y evidencia valiosa respecto a su incidencia real.<sup>6</sup>

En términos físicos, la violencia obstétrica en el parto se ejerce por medio de procedimientos invasivos, como el tacto vaginal —que realizan múltiples personas—; la episiotomía rutinaria;<sup>7</sup> el uso de fórceps didácticos para que los estudiantes practiquen; el suministro de fármacos y anestesia sin justificación; la maniobra de Kristeller;<sup>8</sup> las cesáreas innecesarias, o la maniobra de Hamilton.<sup>9</sup> Se trata de prácticas ejecutadas a menudo sin el consentimiento de la mujer y sin haberla informado debidamente de sus consecuencias. Por otro lado, la violencia es también psicológica, con el uso de un lenguaje que humilla, infantiliza y discrimina a la mujer, se omite informarla o se le miente sobre la evolución del embarazo y el parto, incluso se le impide estar acompañada por su pareja o quien ella desee. No permitir el contacto entre la madre y el bebé después del nacimiento es otro caso de violencia física, por un lado, al impedir el contacto y los beneficios del "piel con piel", y psicológica, por el otro, que afecta tanto a la mamá como al recién nacido (Vivas, 2019, pp. 168-169).

La oms se posicionó por primera vez contra la violencia obstétrica en 2014, en la publicación "Prevención y erradicación de la falta

<sup>6</sup> Un ejemplo de este tipo de avances es la creación por parte de la organización Las Casildas, en 2015, del Observatorio de Violencia Obstétrica en Argentina, cuyos objetivos son recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la violencia obstétrica; hacer seguimiento a denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes; elaborar recomendaciones para organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general; promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación; apoyar y difundir acciones de otros colectivos y agrupaciones en torno a la violencia obstétrica y articular trabajo y acciones con otros observatorios nacionales e internacionales.

<sup>7</sup> La episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto (Stanford Children's Health, s.f.).

<sup>8</sup> Consiste en presionar el abdomen de la parturienta hacia el fondo uterino para que el bebé salga con mayor rapidez. Está prohibida en varios países por las secuelas que puede dejar.

<sup>9</sup> Se introduce un dedo en el cuello uterino para desprender las membranas de la bolsa de aguas para inducir el parto, con el riesgo de rotura prematura de la bolsa o sangrado abundante.

de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud". Aunque no emplea el término *violencia obstétrica*, reconoce lo siguiente:

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios [...] hay que tener presente que [las mujeres] son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé [...] se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. (p.1)

Recientemente, Naciones Unidas (ONU) publicó un importante documento en el que menciona el problema en el marco de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres. Dubravka Šimonović, relatora especial sobre la violencia contra la mujer de la ONU, presentó ante la Asamblea General el informe "Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica", en julio de 2019 (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2018). En él señala que la definición de la violencia contra la mujer consagrada en el artículo primero de la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* aplica a todas las formas de maltrato y violencia contra las mujeres en los servicios de salud repro-

ductiva y durante la atención del parto.<sup>10</sup> Sobre las causas por las que se produce la violencia obstétrica y el maltrato, Šimonović recoge en su informe que las limitaciones de los recursos y las condiciones de trabajo en los sistemas sanitarios pueden llevar al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención al parto. Asimismo, advierte que la dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en los que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar los malos tratos durante la atención al parto.

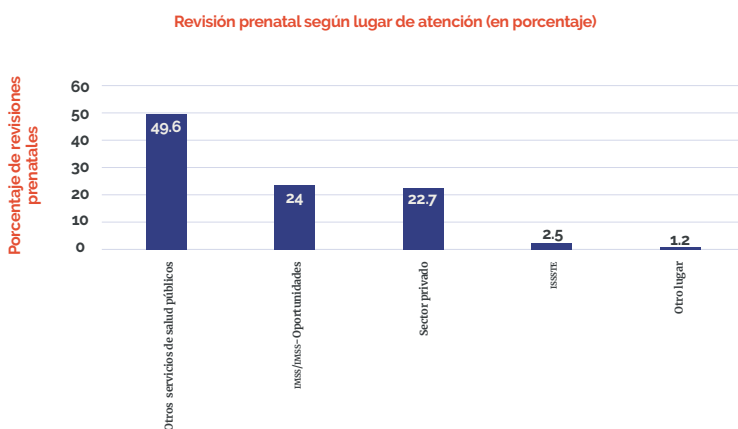
De acuerdo con lo expuesto, hay razones fundadas para considerar la violencia obstétrica como una categoría más de violencia hacia la mujer (Fernández, 2015, p. 125). Como afirma Vivas (2019), la violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el sólo hecho de serlo. Por sus características, se trata de una violencia normalizada, incluso justificada, por amplios sectores de la sociedad, sobre todo por personal médico y sanitario. El hecho de que la oms se niegue a utilizar el término *violencia obstétrica* y en su lugar se refiera a *falta de respeto* y *maltratos* en su único informe acerca del tema es una muestra de lo incómodo del fenómeno y de los intereses que se ven trastocados al examinarlo. Muchas veces parte del personal sanitario que es testigo de estas prácticas violentas sufre indirectamente persecuciones y presiones para seguir ocultándolas en sus ámbitos laborales bajo la excusa de que “siempre ha sido así”. Es fundamental desterrarlas de todos los sistemas sanitarios, devolverle la centralidad del parto a la mujer y procurar tomar todos los recaudos para darle a los bebés y las mamás un parto respetuoso y sano.

<sup>10</sup> La declaración define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. (ONU, 1994)

## La situación de la violencia obstétrica en México: situación pre y post pandemia por COVID-19.

En esta sección se hace un recorrido de una serie de indicadores relativos al acceso a servicios de salud reproductiva, sexual y materna tales como lugar de atención prenatal, del parto, tipo de personal médico que atendió, etc. Esta información es relevante para poder contextualizar el fenómeno de la violencia obstétrica.

**Gráfica 1. Mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal según lugar de atención, 2018**



**Nota:** La categoría "Otros servicios de salud públicos" incluye Pemex, Sedena o Semar; centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud; otro servicio de salud pública. La categoría "Otro lugar" incluye consultorio de una farmacia, casa de una partera, casa propia u otro lugar.

**Fuente:** elaboración propia con datos presentados en INEGI/INMUJERES (2020) *Mujeres y hombres en México 2019, 2020*.

La Gráfica 1 muestra que en 2018 cinco de cada 10 mujeres de 15 a 49 años que acudieron a revisión prenatal lo hicieron a una ins-

titución de salud del sector público diferente al IMSS o el ISSSTE. Esta proporción se incrementa a ocho de cada 10 si se consideran todos los servicios públicos de salud. El sector privado atendió a 22.7% de las mujeres.

El marco normativo que regula la organización, el funcionamiento y la prestación de los servicios del sistema de salud tiene un papel fundamental en la garantía de una atención de calidad para las pacientes obstétricas. Un estudio publicado en la revista *Género y Salud en Cifras*, de la Secretaría de Salud de México, revisa el marco normativo oficial vigente para la atención obstétrica en México y lo compara con las recomendaciones recientes de la OMS, derivadas de la medicina basada en evidencia (MBE). Los investigadores encontraron discrepancias e incongruencias entre los tres documentos revisados: la NOM-007-SSA-2016 (Secretaría de Salud, 1995), la Guía de Práctica Clínica para partos normales y la Guía de Implantación del modelo de atención del parto (Secretaría de Salud, s.f.). Se halló que la NOM 007-SSA-2016, la más importante por ser la única de observación obligatoria, es la más desactualizada y lejana de la MBE. Los científicos recomiendan revisar el marco normativo y actualizarla, para reducir sensiblemente el margen de discrecionalidad del proveedor de los servicios médicos, y adecuarla a la MBE. La falta de coherencia y claridad en la norma permite la discrecionalidad del personal médico y abre la puerta a una hiper medicalización del parto normal y a la pérdida de autonomía de la mujer en los partos fisiológicos (Sesia, *et al.*, 2020).

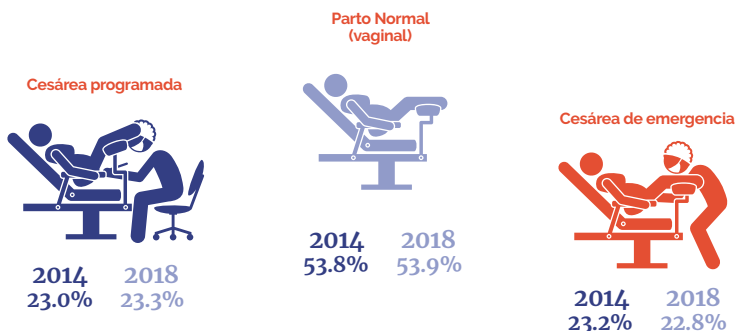
Es innegable que en el país hay una tendencia hacia la medicalización excesiva y el intervencionismo clínico del parto fisiológico. Esta tendencia es aún más pronunciada en la práctica obstétrica hospitalaria, en la que se atiende la gran mayoría de los partos. Un ejemplo de esto es la elevada tasa de cesáreas en el país, de más de 40% (Sesia, *et al.*, 2020). Además, las múltiples quejas recibidas y las recomendaciones emitidas por violencia obstétrica por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) —algunas de las cuales tienen que ver con el intervencionismo clínico excesivo y la pérdida



de autonomía de la mujer en la escena del parto— indican el problema que se presenta en el país en la atención obstétrica.

En el país, 53 de cada 100 embarazos concluyen con un parto normal, mientras que 45 lo hacen por cesárea. En el contexto de las entidades federativas, en Chiapas 65 de cada 100 terminan en parto normal, mientras en Zacatecas son 63. Por el contrario, en Puebla, de cada 100 embarazos, 54 termina en cesárea (INEGI/Inmujeres, 2020). De acuerdo con los datos reportados por la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018*, la tasa de partos por cesárea en México se encuentra en un alarmante 46.1%, sumando las cesáreas programadas —23.3%— y las cesáreas de emergencia —22.8%—. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Más adelante se muestra cómo durante la pandemia por COVID-19, se produjo un aumento considerable en la proporción de cesáreas realizadas.

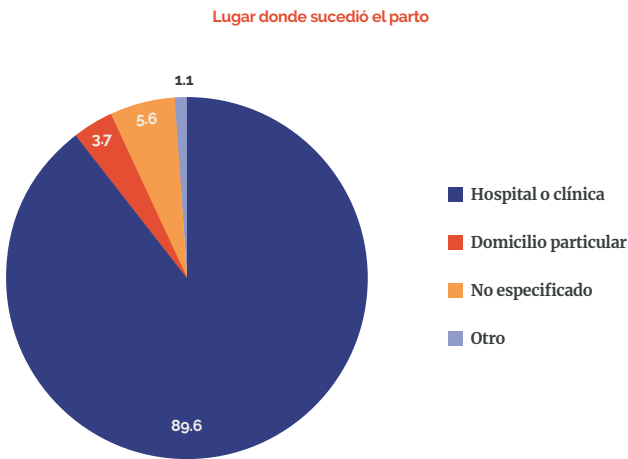
**Figura 1. Distribución porcentual de mujeres con último embarazo ocurrido en el periodo por tipo de parto, 2014 y 2018**



Fuente: INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, 2019*, p. 17.

De acuerdo con el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) *Características de los nacimientos registrados en México durante 2019*, el hospital o clínica es el lugar en el que se atiende la mayoría de los partos. De los 2,092,214 casos, 1,873,377 (89.6%) ocurrieron en estos establecimientos y 77,848 partos (3.7%) se atendieron en domicilio particular. Los médicos y médicas fueron las personas que con mayor frecuencia atendieron los partos, con 88.9% (1,860,531) del total, seguidos de los enfermeros, enfermeras y parteras, que representaron 4.1% (85,271) (INEGI, 2020).

**Gráfica 2. Partos según lugar de atención (en porcentaje), 2019**



**Fuente:** elaboración propia con datos del reporte del INEGI (2020), "Características de los nacimientos registrados en México durante 2019".

**Gráfica 3. Tipo de personal que atendió el parto (en porcentaje), 2018**



**Fuente:** elaboración propia con datos del reporte del INEGI (2020), "Características de los nacimientos registrados en México durante 2019".

El COVID-19 se ha convertido en la primera causa de mortalidad materna en México en el 2020. En la primera semana de diciembre de 2020 se registraron 853 defunciones acumuladas, en tanto que para el mismo corte de 2019 se registraron 647 defunciones. Lo descrito representa un incremento de 206 defunciones (31.8%) en el 2020 con respecto al 2019. La razón de mortalidad materna calculada es de 46.6 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 37.8% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior (Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud & Secretaría de Salud de México, 2021). La Secretaría de Salud de México clasificó a los servicios de salud sexual y reproductiva, y de manera particular, la atención durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida como servicios esenciales que deben mantenerse en apego a las medidas de prevención y mitigación de la transmisión

de COVID-19 (Gobierno de México, 2020). Sin embargo, la directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México (CNEGYSR) reconoció que se han sumado nuevas barreras para ofrecer atención a la salud materna y perinatal tales como la reconversión hospitalaria para la atención del COVID-19, la suspensión o negativa de atención durante la etapa prenatal, los recursos limitados para atención de emergencias obstétricas, la disminución de la demanda de servicios por temor al contagio y la pérdida de ingresos económicos que afecta directamente a las mujeres para realizar un plan de parto o traslado a hospitales (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] México, Comité Promotor por una Maternidad Segura y Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2021).

Otro aspecto que se vio afectado por la pandemia ha sido el parto. El aumento de las cesáreas en detrimento de los partos vaginales es un fuerte indicativo —negativo— de las transformaciones que ocurren en este escenario pandémico. Durante la primera ola de la pandemia, en EE. UU y China, prácticas como los partos instrumentalizados con fórceps, la inducción del parto y las cesáreas se han llevado a cabo ampliamente, independientemente del estado de la infección por SARS-CoV-2 en la madre y de la decisión de esta (Sociedad Marcé Española (MARES), 2020). En el inicio de la pandemia, la OMS (2020) anunció una serie de recomendaciones, que ha ido actualizando, y que incluyen la iniciación temprana de la lactancia materna y la realización del contacto piel con piel con la madre en la misma habitación durante la estancia hospitalaria después de dar a luz. La OMS (2020) desaconseja las cesáreas bajo sospecha o diagnóstico de COVID-19 e insiste en que las cesáreas se lleven a cabo únicamente cuando estén médicamente justificadas. Además, se posiciona en contra del distanciamiento o separación de la madre y del bebé, incluso si alguno de los dos miembros es positivo por coronavirus. La OMS (2020) ha determinado que todas las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen COVID-19, tienen derecho a recibir atención de alta calidad antes, durante y después del parto, incluida atención de salud mental. Una ex-

perencia de parto segura y positiva implica ser tratada con respeto y dignidad, estar acompañada por una persona de su elección durante el parto, comunicación clara del personal del servicio de maternidad, estrategias adecuadas de alivio del dolor, movilidad en el trabajo de parto, de ser posible, y elección de la postura del parto.

Durante el 2020 por primera vez el número de nacimientos por cesárea superó al de partos naturales en México y llegó a ser más de 50%, de acuerdo con datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud (Arteta, 2020). Los datos muestran que el aumento en la práctica de cesáreas coincide con los meses de contingencia por la pandemia de COVID-19. En marzo del año 2020, los partos naturales y por cirugía se igualaron en 49.3% (el resto son partos auxiliados con otros instrumentos o no especificados), y a partir de abril las cesáreas han sido más de la mitad. En total, en México han nacido hasta agosto del 2020 498,748 bebés por vía vaginal y 508,402 por abdominal. El mes con más operaciones fue julio, 51.3%, y también en el que menos partos naturales se registraron, apenas 46.5%. Otro aspecto clave ha sido el aumento de los nacimientos en instituciones sanitarias de carácter privado. El Gobierno de México firmó un acuerdo con la Asociación Nacional de Hospitales Privados para referir a esos establecimientos a pacientes que requirieran atención de segundo nivel y así tener más capacidad para recibir a las personas enfermas de COVID-19. Como resultado de ese acuerdo, el IMSS reportó el 11 de septiembre que había transferido a más de 14 mil pacientes, de los que 11,724 fueron por atención de embarazo, parto o cesárea y puerperio, es decir, el 82% (IMSS, 2020).

El estudio "COVID-19 perinatal en América Latina", publicado en la *Revista Panamericana de Salud Pública* encuentra que, con base en los casos que tomaron para su investigación, no se permitió que las madres tuvieran compañía durante el parto. Además, advierte que es alarmante la muy baja tasa de lactancia materna y la frecuente separación de la diada madre-hijo durante la pandemia. En la actualidad todas las sociedades científicas recomiendan que la determinación de separar temporalmente a una madre con COVID-19 de su recién

nacido debe hacerse caso por caso y con base en decisiones compartidas. El impacto negativo de estas prácticas para el futuro de la madre y el niño merecerá próximos estudios, pero podrían tener consecuencias relevantes (Sola, Rodríguez, Cardetti y Dávila, 2020).

### La normativa vigente en México

En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Hasta el momento la Ley General (a nivel federal) no contempla la violencia obstétrica entre las formas de violencia contra la mujer (Presidencia de la República, 2015). Sin embargo, a nivel de las entidades federativas, sí. Los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron los primeros en incluir en las leyes estatales la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato mientras dan a luz en unidades de salud institucionales. Actualmente 20 estados de la federación contemplan en sus leyes locales a la violencia obstétrica: Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017; Ávila, 2019). Es importante mencionar que en Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México la violencia obstétrica se encuentra tipificada como delito (Ávila, 2019).

La Secretaría de Salud a través del documento titulado "Lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en el marco de los derechos humanos", señala que todo el personal que interviene en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio debe conocer y seguir las indicaciones señaladas en:

1. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida".
2. La "Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo".
3. Las seis "Recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) señaladas en La Recomendación General No. 31/2017, Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud".
4. El "Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro" (Secretaría de Salud, s.f. a).

La NOM-007-SSA2-2016<sup>11</sup> reconoce los conceptos de pertinencia cultural, la opción de parir en forma vertical y el respeto a los derechos humanos. Pretende favorecer la seguridad emocional de la mujer, propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico; brindar una atención de calidad con respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, permitiendo la ingesta de líquidos y la deambulación. Señala que la prescripción de medicamentos y la inducto-conducción deben basarse en las evidencias. Proscribe la realización de la maniobra de Kristeller y la revisión manual de la cavidad uterina de manera rutinaria. Refiere explícitamente que ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto (Secretaría de Salud, s.f. a, p. 40).

Respecto a las seis recomendaciones de la CNDH al sector salud sobre a la problemática de la violencia obstétrica, las mismas fueron:

1. Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en

---

<sup>11</sup> Disponible en [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

el reconocimiento de la mujer como protagonista en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

2. Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco obstétricos, principalmente el área de urgencias, cuenten con personal médico que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.
3. Que se implemente el "Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro" de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.
4. Implementar en las instituciones de salud a su cargo una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.
5. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud.



6. Adoptar lo necesario para asegurar que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de personal médico y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica tomando en cuenta el estudio realizado por la CNDH (CNDH, 2017).

Finalmente, la Secretaría de Salud dispone de la "Guía de implantación del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro".<sup>12</sup> Esta guía pretende facilitar a los servicios de salud y el personal directivo y operativo las condiciones para la implantación del modelo de atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro, así como brindar toda la información para modificar —y reemplazar— el paradigma de atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS, las evidencias científicas, los derechos humanos y el marco normativo nacional. Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la dignidad, calidad y la seguridad de la atención de las mujeres, por lo que la atención debe de caracterizarse por: concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiológico, natural y saludable; por tanto, la atención debe ser humanizada, segura, sin violencia y con el uso mínimo indispensable de medicamentos y tecnología, tomando en cuenta la cultura de las ciudadanas usuarias, basada en la mejor evidencia científica disponible, reconociendo y valorando la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto, garantizando sus derechos humanos (Secretaría de Salud, s.f. b, pp. 9-10).

En conjunto, estas normativas constituyen un robusto cuerpo de instrumentos legales que contribuyen a prevenir y erradicar la violen-

---

<sup>12</sup> Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/507722/Gu\\_a\\_Implantaci\\_n\\_Modelo\\_Part\\_o\\_HIS\\_T.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/507722/Gu_a_Implantaci_n_Modelo_Part_o_HIS_T.pdf)

cia obstétrica en los servicios gineco obstétricos de todos los proveedores que conforman el sector salud en el país, incluido el IMSS. Es importante mencionar que dicha normativa a su vez establece que el personal de salud en todos sus niveles debe conocer e informarse sobre este marco normativo. Asimismo, debe recibir capacitación sobre la normativa en violencia obstétrica y sus procedimientos y finalmente dispone que debe establecerse un sistema de vigilancia sobre el cumplimiento de tales disposiciones.

### **Datos sobre violencia obstétrica a partir de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares**

En el año 2016 se realizó la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH). Esa edición incluyó por primera vez 12 preguntas destinadas a evaluar la atención obstétrica que las mujeres de 15 a 49 años recibieron del personal que las atendió durante su último parto (INEGI, 2017).<sup>13</sup> Fue la primera medición, también mundial, de la violencia obstétrica en una encuesta nacional de hogares. Se trata de un avance fenomenal en el tratamiento de este tema, pues disponer de datos confiables es fundamental para poder posicionar este problema en el debate público, como primer paso para su erradicación (Castro & Frías, 2020).

De acuerdo con sus resultados, en los últimos cinco años (de octubre de 2011 a octubre de 2016), 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto sufrió algún tipo de maltrato por parte de

<sup>13</sup> Las preguntas son: Durante su último parto: 1) ¿La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?; 2) ¿Le gritaron o la regañaron?; 3) ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, '¿así gritaba cuando se lo hicieron?' o 'cuando se lo hicieron, ahí sí abrió las piernas ¿no?'); 4) ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé?; 5) ¿Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones?; 6) ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho?; 7) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?; 8) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; 9) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?; 10) ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era? Para aquellas que tuvieron una operación cesárea: 11) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea? y 12) ¿Usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea? (INEGI, 2016)

quienes las atendieron. A continuación, los tipos de abusos sufridos por las parturientas recogidos por la encuesta y sus respectivos porcentajes.

**Gráfica 4. Abusos sufridos por las mujeres de 15 a 49 años durante la atención de su parto de octubre de 2011 a octubre de 2016.**



**Fuente:** elaboración propia con datos de la ENDIREH 2016 (INEGI, 2017).

Las tres situaciones abusivas más frecuentes reportadas por las mujeres que han contestado la ENDIREH han sido los gritos y regaños sufridos durante su trabajo de parto, seguidos de una “penalización” en la atención —tardanza— a causa de expresar su malestar durante su labor de parto, e ignorar a la mujer parturienta y no atender sus requerimientos de información veraz acerca de la marcha de su parto y su bebé. Esto demuestra que la mujer no es considerada un sujeto autónomo y protagonista del parto fisiológico, al contrario, es ignorada por el personal sanitario, quien toma la mayor parte de las decisiones, en el peor de los escenarios, sin su consentimiento. El procedimiento más aberrante que puede suceder en este contexto es la anticoncepción o incluso de la esterilización forzada sin el consentimiento de la mujer (4.2%).

**Gráfica 5. Proporción de mujeres de 15 a 49 años que han sufrido violencia obstétrica por lugar de atención de octubre de 2011 a octubre de 2016.**



**Fuente:** elaboración propia con datos de la ENDIREH 2016 (INEGI, 2017).

Si bien la violencia obstétrica ocurre tanto en el sistema de salud público como en el privado, el abuso y las situaciones de maltrato durante el parto se presenta con más frecuencia en instituciones públicas. De acuerdo con los datos presentados en la Gráfica 5, 40.8% de las mujeres que atendieron su parto en el IMSS sufrieron violencia obstétrica. Por su parte, la prevalencia de la violencia obstétrica en hospitales o clínicas privadas se sitúa en 18.2%.

Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio (GIRE, 2013). La ENDIREH reporta que 8.7 millones —26.7% del universo de mujeres entre 15 y 49 años de edad— tuvieron al menos un parto en los últimos cinco años (de octubre de 2011 a octubre de 2016). De ellas, 3.7 millones —42.8%—, reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea. Y de esos casos de cesáreas, el 10.3% de las mujeres no fue informada de la razón, y al 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla.

Entre 2015 y 2017, la CNDH emitió 28 recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica que, a su vez, produjeron la vulneración de otros derechos de las mujeres o de sus hijos e hijas (Muñoz & Berrio, 2020). En 2016, la CNDH publicó un informe acerca del estatus de la violencia de género en la legislación mexicana que por primera vez incluyó a la violencia obstétrica como una de las tres formas específicas reconocidas que violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En julio de 2017, la CNDH emitió la Recomendación General 31 para todo el sector salud mexicano, para enfrentar y buscar soluciones ante el problema sistémico de violencia obstétrica. El documento contiene seis recomendaciones para el sector salud para reconocer su existencia y magnitud y para transformar el sistema de salud y la atención obstétrica con el fin de evitar su reproducción en los servicios (Sesia, 2020, p. 20).

El IMSS (2017) contestó de manera casi inmediata a la CNDH y se ofreció a cumplir cabalmente las recomendaciones; sin embargo, nunca mencionó a la violencia obstétrica por su nombre. Como lo menciona el trabajo "Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma" (Sesia, 2020), las autoridades de las máximas instituciones públicas de salud que proveen la gran mayoría de las atenciones obstétricas a las mujeres en México —la Secretaría de Salud y el IMSS, incluyendo el IMSS-Bienestar— continúan debatiendo con la CNDH si esos problemas se pueden nombrar y argumentar como violencia obstétrica. Una estrategia posible es no utilizar la expresión "violencia obstétrica" en sus comunicaciones públicas. Aun reconociendo que existe un problema y externalizando la necesidad de tomar medidas concretas para erradicarlo, se prefieren terminologías que minimizan su naturaleza sistémica y estructural: negligencia médica o mala práctica individual, reconocimiento de algunos episodios más sonados de maltrato, la aceptación de su ocurrencia esporádica entre médicos desactualizados que practican una obstetricia obsoleta y no basada en la evidencia científica, entre otras (Sesia, 2020). Incluso la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (Femecog), emitió en el 2015 un comunicado para

manifestar su oposición abierta y rechazo al concepto de violencia obstétrica y su inclusión en la legislación.

Es importante destacar que se trata de un tipo de violencia tan arraigada y naturalizada que el número de quejas y denuncias formales puede ser reducido. La mayoría de los casos que se denuncian son más bien hechos trágicos, que incluyen la muerte de la mujer o del bebé en gestación. Una de las vías extrajudiciales que se emplean es la queja formal interpuesta ante instancias mediadoras entre el o la paciente y la instancia prestadora de los servicios, como la CNDH, la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) (Muñoz y Berrio, 2020, pp. 117-118). La Conamed busca resolver las controversias y/o conflictos surgidos entre las personas usuarias y las instancias prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas. Estas controversias, denominadas quejas médicas, son analizadas y cuando se consideran procedentes, se desarrolla un proceso de conciliación. Si las partes no llegan a un acuerdo, la Conamed opera como árbitro, analiza el expediente clínico y los argumentos de las partes involucradas para emitir un acuerdo que éstas deben aceptar.<sup>14</sup> A partir de los reportes oficiales de la Conamed, las investigadoras Muñoz García y Berrio Palomo (2020), encontraron que los servicios de ginecología y obstetricia ocupan uno de los tres primeros lugares en especialidades que recibe quejas anualmente. El motivo principal por el que las mujeres se quejan ante esta instancia es el tratamiento quirúrgico. En segundo lugar, está la relación médico-paciente, que incluye la falta de información que el personal médico da a la mujer sobre su estado de salud, la información errónea y el maltrato por parte del personal médico.

Otros mecanismos de carácter institucional contribuyen a desincentivar a las pacientes de ejercer su derecho de queja y reclamo ante a los abusos, lo que a su vez ayuda a perpetuar el ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero es el anonimato

---

<sup>14</sup> Para más información sobre el procedimiento que se emplea en la Conamed, véase Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), “Información sobre la Conamed para los profesionales de la salud”, Ciudad de México.

con el que la mayoría del personal médico interactúa con las pacientes. En muchos casos, las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta identificar a quien eventualmente pudo haberlas maltratado. Asociado al anterior, se encuentra la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que dificulta localizar a quienes brindan la atención. Otro mecanismo, menos accidental, son las advertencias que las mujeres llegan a recibir: les dicen que si se quejan, les puede ir peor más adelante, cuando necesiten de nuevo atención médica (GIRE, 2013).

Todos estos datos muestran que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género arraigado en el sistema de atención sanitario de todos los niveles en México, incluido el IMSS; sin embargo, es probable que lo que sale a la luz sea sólo la punta del iceberg, pues en la mayoría de los casos esta violencia es silenciosa.

### **El diseño de la Estrategia para Fortalecer la Atención a la Mujer Embarazada (EFAME)**

Con la intención de fortalecer el modelo de atención a la mujer embarazada, con el trabajo coordinado de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), la Dirección Jurídica (DJ) – Unidad de Atención al Derechohabiente<sup>15</sup> (UAD), la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) y la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (DPEI), el IMSS realizó un diagnóstico de las peticiones ciudadanas y de las 32 Recomendaciones de la CNDH para atención obstétrica emitidas durante los años 2015 a 2018, incluyendo la Recomendación General 31/2017 "Sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud".<sup>16</sup> En el siguiente cuadro se muestran los derechos humanos afectados y prácticas frecuentemente transgredidas, de acuerdo con el análisis realizado por la CNDH:

<sup>15</sup> Actualmente esta unidad se denomina Unidad de Atención a la Derechohabiente.

<sup>16</sup> IMSS, Estrategia para Fortalecer la Atención a la Mujer Embarazada, 2018, comunicación personal con Cristina Solano del Real.

**Cuadro 1. Derechos Humanos afectados y prácticas frecuentemente transgredidas, de acuerdo con el análisis realizado por la CNDH (Recomendación General 31/2017)**

Derecho Humano que afecta	Conductas y prácticas que constituyen violencia obstétrica
Derecho a una vida libre de violencia	La agresión verbal, la degradación, crueldad y maltrato son prácticas que deshumanizan y constituyen una forma de trato cruel e inhumano, además de ser reflejo de los prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer, las actitudes groseras y despectivas por parte de los servidores públicos son cometidos de manera cotidiana en el marco de la práctica gineco obstetra, siendo las más frecuentes las críticas a la mujer por llorar o gritar durante el parto; impedirle hacer preguntas o manifestar sus miedos e inquietudes; burlarse, hacer comentarios irónicos y descalificarla; negarle la anestesia cuando está indicada y obstaculizar el apego precoz en ausencia de indicación médica.
Derecho a la protección de la salud	Subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base, la mala infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización sin considerar los efectos que esto podría acarrear a la mujer o al producto de la gestación.
Derecho a la información y al libre consentimiento informado	Brindar información incompleta o sesgada sobre el estado de salud del paciente, no hacer de conocimiento de su estado de gravedad, o dándose el caso, el motivo de su deceso; realizar prácticas sin consultar previamente a la paciente, explicando en forma detallada el procedimiento a efectuar; no dar la información necesaria sobre los riesgos de salud.



Derecho Humano que afecta	Conductas y prácticas que constituyen violencia obstétrica
Derecho a la libertad y autonomía reproductiva	No respetar la forma en la que la gestante decide dar a luz, los procesos naturales del parto, acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina, o realizar ruptura de membranas de manera artificial cuando no es necesario; del mismo modo se afecta el derecho a decidir libremente el método de planificación familiar y el número de hijos y espaciamiento entre ellos cuando se impone un método anticonceptivo distinto al elegido por la gestante, sin tener en cuenta el consentimiento de la interesada.
Derecho a la igualdad y no discriminación	Prácticas discriminatorias en contra de las mujeres por su origen y condición social, cuando el personal médico del nosocomio omite considerar las circunstancias particulares de la gestante, falta de intérpretes y traductores, ausencia de perspectiva cultural.
Derecho a la integridad personal	Aplicación de episiotomías innecesarias, cesáreas que no están medicamente indicadas y la salpingoclasia (procedimiento quirúrgico para inhibir el embarazo), entre otros; prácticas que son invasivas y pueden causar un daño físico, siempre que en las mismas no medie solicitud expresa de la paciente y sean médicamente viables.
Derecho a la vida	Acciones u omisiones que tienen como consecuencia la pérdida de la vida de la mujer o del producto de la gestación, tales como: desestimar los padecimientos manifestados por la gestante, descuidar la vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, abandonar a la paciente, la medicalización y patologización de los procesos naturales.

**Fuente:** *Prueba Piloto Estrategia para Fortalecer la Atención a las Mujeres Embarazadas* (s/f), comunicación personal con Cristina Solano del Real.

Tal como se especificó previamente, derivado de esta Recomendación General, la CNDH instruyó al sector salud tomar medidas específicas ya mencionadas en este documento.

Una de las primeras acciones para poder efectuar el diagnóstico de la situación fue la realización de grupos focales. Se aplicó esta técnica para dos tipos de población: personal del IMSS y derechohabiente. Se realizaron grupos focales con personal del IMSS de diversas categorías, quienes, desde su perspectiva, experiencia y trayectoria profesional e institucional, perciben que:

- La falta de información a la mujer embarazada y sus familiares es la petición más recurrente a la que se enfrentan.
- Existe también falta de coordinación entre los tres niveles de atención.
- Consideran que la rotación del personal, vacaciones y cambios de turno pueden incidir en la atención.
- Conocen sus responsabilidades y la atención que deben otorgar a las mujeres embarazadas.
- Refieren que el tacto como parte del proceso obstétrico es el que genera más incomodidad.
- Señalan que también las mujeres embarazadas y sus familiares deben participar en los cuidados y que debe ser una responsabilidad compartida.

Por otro lado, se hicieron grupos focales con mujeres que hubiesen pasado por algún proceso obstétrico en los últimos tres meses (embarazadas o en puerperio). Estos grupos se realizaron en los tres niveles de atención, en los que las mujeres, principalmente, manifestaron que:

- Los tiempos para recibir atención son prolongados.
- Malestar o incomodidad respecto a la manera y frecuencia con que les realizaron el tacto (consideran que son utilizadas para prácticas didácticas).
- Falta o deficiente información del estado de salud de la mujer y la persona recién nacida.
- Falta de privacidad.
- Trato deficiente o indiferente

En consecuencia, las áreas a cargo del diseño de la EFAME identificaron que las principales conductas que generan las quejas fueron: falta de atención oportuna, falta de información, presunta negligencia médica, maltrato, falta de material y equipo médico. Como parte del trabajo de identificación de oportunidades, se realizaron visitas a seis unidades médicas: Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar (HGZMF) 1 Tapachula, Chiapas, Hospital General de Zona (HGZ) 1 Oaxaca, Oaxaca, HGZ-2A Troncoso, HGZ 3A Magdalena de las Salinas, HR Ocozocoautla, Chiapas, Hospital Regional (HR) Tlaxiaco, Oaxaca, y se llevó a cabo una investigación cualitativa con metodología de grupos focales en la que se tuvieron 36 sesiones con la derechohabiente, trabajadores y personal de salud, tanto del régimen ordinario como de IMSS Prospera (ahora conocido como IMSS-Bienestar), abarcando siete delegaciones: Chiapas, Distrito Federal (Norte y Sur), Jalisco, México Oriente, Nuevo León y Oaxaca. A partir de la identificación de las necesidades a cubrir en atención obstétrica se diseñó la llamada Estrategia para Fortalecer la Atención a la Mujer Embarazada (en adelante EFAME). La EFAME tiene como propósito mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica de las derechohabientes y usuarias embarazadas, mediante acciones complementarias en tres ejes:

1. Empoderamiento de la mujer embarazada
2. Fortalecimiento en la formación de recursos humanos
3. Dignificación de la infraestructura de salud

### **1. Empoderamiento de la mujer embarazada**

Se impulsa el empoderamiento de la mujer embarazada mediante la difusión de información veraz y oportuna sobre el cuidado en el embarazo, qué esperar durante el parto y cuidados en el puerperio, entre otros, y principalmente a través de la difusión de cuáles son los derechos de la mujer durante la atención obstétrica. La entrega de información se realiza de manera escrita a través de la Cartilla

de la Mujer Embarazada, de manera verbal por el Tour Obstétrico, descrito más adelante y en formato electrónico a través del Portal de Maternidad.

- **Cartilla de la mujer embarazada**

Mediante ésta, se promueve que la mujer conozca los cuidados durante el embarazo, qué esperar durante el parto, cuidados después de éste, planificación familiar, lactancia materna y, por primera vez, se enfatiza la promoción de sus derechos durante la atención de su embarazo en el Instituto. Además, fomenta su coparticipación en el seguimiento de su embarazo mediante una sección en la que, de su puño y letra, puede anotar el registro de: semanas de gestación, peso, presión arterial, frecuencia cardiaca fetal, edema de cara y manos, detección de proteínas en orina, procedimientos, dudas y comentarios; y, por supuesto, también es un control de citas médicas.

- **Tour obstétrico**

Es la estrategia dentro del proceso de atención a la mujer embarazada y su acompañante o acompañantes, en la cual se realiza un recorrido por las diferentes áreas del hospital para identificar los servicios, la categoría del personal que le atenderá y se le informa sobre el proceso de atención, sus derechos y los trámites administrativos que realizará en corresponsabilidad con el Instituto. El beneficio de esta estrategia a la población usuaria es comunicar a la mujer embarazada y a su familia que recibirán atención de calidad por personal de salud capacitado, sobre la premisa de atención amigable, para disminuir el temor y ansiedad que puede causar el trabajo de parto, el momento del parto y el puerperio. El programa busca además brindar información y orientación sobre cómo disminuir las molestias, sobre adopción de posturas más cómodas durante el parto, posibilidad de tomar líquidos y deambular, siempre y cuando sea posible y no exista contraindicación médica. El objetivo es informar que se respetarán

sus derechos y su participación en la toma de decisiones con información veraz, oportuna y clara, así como resolver sus dudas.

- **Portal de maternidad**

El Portal de Maternidad se encuentra hospedado en el sitio oficial del IMSS (<http://www.imss.gob.mx/maternidad>). Constituye una herramienta de comunicación de la Estrategia, en la que se facilita y agiliza el acceso de las mujeres embarazadas a información, tanto para el cuidado de su embarazo, como trámites de incapacidad y servicios que ofrece el Instituto. Además, se brinda otro mecanismo de atención en caso de alguna inconformidad mediante el buzón de quejas.

## 2. Fortalecimiento en la formación de Recursos Humanos

En complemento al perfil profesional del personal de salud que interviene directamente en la atención de la mujer embarazada, se fortalece su capacitación teórico-técnica en materia de derechos humanos, identificación y prevención de la violencia y atención obstétrica amigable, que aunado a la sensibilización para tratar de manera más empática a la mujer embarazada (con énfasis en la vulnerabilidad en la que se encuentra en el momento del parto), prepara al personal para brindar atención con mayor calidez y buen trato. Los mecanismos para la capacitación son el Curso de Buen Trato para Fortalecer la Atención a Mujeres Embarazadas, dentro del cual se enseña el Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas, el Lineamiento técnico para la atención obstétrica amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio y el curso en línea Atención Obstétrica Amigable.

Además del Protocolo, se diseñaron "Claves para otorgar un Buen Trato a Mujeres Embarazadas durante la Exploración Física", debido a que éste es uno de los momentos más vulnerables en los que se encuentra la mujer, durante todo el proceso de atención.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Información obtenida a partir de comunicación personal con Cristina Solano del Real, asesora de programas médicos del IMSS.

### Curso en línea Atención Obstétrica Amigable.

Con el propósito de fortalecer la capacitación técnica del personal de salud, se diseñó el curso en línea denominado Atención Obstétrica Amigable, en el que se abordan temas de derechos humanos, violencia y el modelo de atención obstétrica amigable a través de cuatro unidades:

- A. Primera unidad, Derechos Humanos. Se identifican los conceptos y principios básicos de los derechos humanos y su implicación en la prestación de los servicios de salud, para reconocer la importancia de respetarlos durante la atención.
- B. Segunda unidad, Violencia en los servicios de salud. Se proporcionan los principales conceptos sobre violencia, sus tipos y modalidades, útiles para fortalecer el buen trato y la atención a mujeres embarazadas.
- C. Tercera unidad, Maltrato durante la atención obstétrica. Se identifica de manera conceptual, así como las consecuencias e implicaciones que de ella derivan, a fin de implementar acciones para evitarla.
- D. Cuarta unidad, Recomendaciones y modelo para la atención obstétrica amigable. Se proporcionan las recomendaciones basadas en evidencia y los principales componentes del modelo de atención obstétrica amigable, a fin de utilizarlos en la atención que se proporciona a las mujeres embarazadas.

### 3. Dignificación de la infraestructura de salud

Una de las principales necesidades identificadas en el diagnóstico de las peticiones de la ciudadanía y de las recomendaciones de la CNDH por atención obstétrica fueron ciertas carencias de material y equipo médico para brindar atención. A través de un diagnóstico de las necesidades de las unidades médicas que participan como piloto en la estrategia, se elaboraron paquetes básicos de dignificación del área de tococirugía.

## Implementación

El 07 de junio de 2018, el Director General del IMSS, puso en marcha la primera fase de la estrategia a través de una videoconferencia dirigida a las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAÉ) participantes. Esta primera fase se implementó en 36 unidades médicas (31 hospitales y 5 UMAÉ), a nivel nacional y sus respectivas áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD). Dichas unidades se seleccionaron con base en el número de partos y población derechohabiente.<sup>18</sup>

Algunos datos sobre la implementación

### 1. Empoderamiento de la mujer embarazada

#### 1.1 Cartilla de la mujer embarazada

Se distribuyeron un total de 670,000 en las unidades médicas.

#### 1.2 Tour obstétrico

El Tour obstétrico solía llevarse a cabo con diversas variantes en sus procesos y en sus contenidos, por lo que se trabajó en la homologación y estandarización del proceso dando como resultado el Lineamiento para realizar el Tour Obstétrico. Este Lineamiento se dio a conocer a las Delegaciones mediante el oficio de la Dirección de Prestaciones Médicas No.253, con fecha del 16 de octubre de 2018 y a través de la videoconferencia celebrada el 30 de octubre de 2018.

#### 1.3 Portal de maternidad

A partir del 7 de junio opera el Portal de Maternidad, así como el buzón de quejas, a través del correo electrónico [mujer.embarazada@imss.gob.mx](mailto:mujer.embarazada@imss.gob.mx). En un primer corte (sin fecha especificada), el IMSS realizó un análisis de las 330 peticiones recibidas. De éstas 314 fueron orienta-

---

<sup>18</sup> El listado de unidades seleccionadas se incluye como anexo al final del documento.

ciones, 12 fueron gestiones y 4 fueron quejas. El motivo principal de dichas peticiones fue conocer más información con respecto a la "incapacidad por maternidad".

Derivado de este análisis, se elaboró un documento denominado "*E-book* de incapacidad por maternidad", en el que, con lenguaje claro y sencillo, se indican de manera integral los requisitos y pasos para obtener la incapacidad por maternidad, así como los siguientes mecanismos: transferencia de semanas, partos prematuros y pago de incapacidad, entre otros.

## 2. Fortalecimiento en la formación de Recursos Humanos

### 2.1 Curso de Buen Trato para Fortalecer la Atención a Mujeres Embarazadas

A partir del 15 de agosto inició la implementación del curso de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas para el año 2018. La meta para este año consiste en capacitar a 8,000 personas trabajadoras de diversas categorías cuyas funciones estén directamente relacionadas con la atención a las mujeres embarazadas de las 36 unidades médicas que conforman la fase piloto.

Al 15 de noviembre de 2018, se había dado inicio a la capacitación en las 36 unidades médicas del piloto, lo que representa el 100% de las unidades objetivo. Se han impartido ya 365 cursos, lográndose capacitar a 13,319 personas trabajadoras, es decir, se superó en 66% la meta establecida de personal a capacitar durante 2018.

## 3. Dignificación de la infraestructura de salud

### 3.1 Paquetes básicos de dignificación

Se diseñaron paquetes básicos de dignificación a partir de la consulta que realizó la DPM al Inventario Físico de Unidades (IFU) y a las Delegaciones/UMAE seleccionadas para la implementación de la estrategia. Las variables consultadas correspondieron a dos categorías: (a) Dignificación del área de tococirugía, se usaron variables



referentes a una atención humanizada y buen trato; y (b) Calidad (con base en la NOM-007 SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida"), se usaron variables que hacen referencia a elementos necesarios para una atención oportuna y con calidad. Sin embargo, no fue posible obtener el presupuesto requerido para la adquisición de dichos paquetes debido a las disposiciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), por lo que quedó pendiente la adquisición de este equipamiento<sup>19</sup>.

Con el fin de conocer los procesos operativos se realizaron visitas a unidades médicas de la zona metropolitana de la Ciudad de México y en los estados de Chiapas y Oaxaca, identificando los siguientes aspectos relevantes:

- Falta de entrega o falta de uso de la Cartilla de la Mujer Embarazada.
- Tour obstétrico no estandarizado en todas las unidades
- Procesos de atención distintos entre unidades, generando confusión para las mujeres embarazadas respecto a trámites administrativos.
- Egreso hospitalario sin cumplir con las horas de estancia estipuladas por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida", originado por saturación de servicios.

De acuerdo con información proporcionada por Cristina Solano del Real, asesora de programas médicos del IMSS, las acciones previstas en la EFAME ya no siguieron el plan durante 2019, en virtud de que en julio-agosto del mismo año hubo cambios organizacio-

---

<sup>19</sup> Sobre este punto comenta Cristina Solano del Real, asesora de programas médicos del IMSS, que en su momento se propuso el apoyo de la Fundación IMSS para el equipamiento en unidades de IMSS-Bienestar. El proyecto se detuvo a mediados del 2019 por motivos de cambios en la Dirección General del IMSS y, en consecuencia, de la DPEI. Adicionalmente, se había hecho un análisis de costos para el equipamiento e insumos en las unidades de los tres niveles de atención, el cual tampoco prosperó por temas de cambios de personal en las direcciones normativas.

nales en el IMSS. Aunado a lo anterior, a principios de la pandemia en México en abril del 2020, falleció el Dr. Roberto Aguli Ruiz Rosas, quien era el encargado del proyecto desde la Dirección de Prestaciones Médicas.

En una comunicación personal con la Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo, actual titular de la División de Atención Ginecobstétrica y Perinatal del IMSS, se obtuvo la información de que a raíz de la pandemia por COVID-19, la mayor parte de las acciones previstas dentro de la EFAME han sido suspendidas (Santos Carrillo, comunicación personal, 3 de junio 2021). La Dra. Santos informa que en el año 2020 y el primer trimestre de 2021, con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2, se disminuyeron casi en su totalidad las acciones programadas. Sumado a eso, se produjeron varios cambios a nivel de directivos lo que contribuyó a la parálisis de la implementación de la estrategia. Menciona, además, que actualmente están trabajando para la recuperación de los servicios.

La Dra. Santos Carrillo hace notar que, a pesar de la pandemia, la estrategia sigue vigente, es integradora y participan diversas Direcciones por ser de gran interés institucional trabajar para disminuir la violencia obstétrica; por ello se mantienen algunas de las actividades que no ponían en riesgo la salud e integridad de las embarazadas y las personas prestadoras de servicio, y que actualmente se están retomando otras como la entrega de la Cartilla de la Embarazada, el mantenimiento del microsítio sobre el embarazo en la página web del IMSS, los cursos en línea sobre la atención amigable dirigida principalmente a personal médicos y de enfermería, que ofrece a quien lo toma diploma y reconocimiento curricular, etc.

Es importante mencionar que el programa IMSS-Bienestar también empleó la EFAME en sus servicios gineco obstétricos siguiendo los mismos lineamientos y ejes de acción formulados y aplicados en los servicios del IMSS. De acuerdo con el Dr. Herrerías Alfaro, Jefe de Salud Reproductiva del programa IMSS-Bienestar, no se hicieron adaptaciones o una reformulación particular para el IMSS-Bienestar. El Dr. Herrerías Alfaro explica que siguen los mismos lineamientos

planteados en la iniciativa; comenta que aún no dispone de evaluaciones de resultados de la EFAME. Agrega que en el componente de infraestructura (Dignificación de la infraestructura de salud), no se ha podido avanzar por la restricción presupuestaria. Explica también que los servicios gineco obstétricos del programa sí aplican protocolos destinados a prevenir y erradicar violencia obstétrica, determinados por la Secretaría de Salud; menciona algunos ejemplos tales como evitar la tricotomía, permitir la movilidad de la mujer en labor de parto, no hacer revisiones o tactos innecesarios, permitir que las mujeres en labor de parto estén acompañadas, entre otros.

Por otra parte, comenta que la EFAME se implementa en el programa IMSS-Bienestar desde el año 2019. Una característica de la infraestructura propia de los hospitales de este programa es que son de un tamaño reducido. Y ese aspecto, sumado a las restricciones presupuestarias, constituye un reto para el eje de la dignificación de la infraestructura de salud, que busca que puedan realizarse las adecuaciones y el equipamiento necesario de las salas de labor de parto y espacios de recuperación de las mujeres embarazadas y sus hijos e hijas.

Respecto a las acciones previstas en la EFAME, explica que en el programa IMSS-Bienestar no entregan la cartilla de la mujer embarazada, dado que cuentan con una cartilla propia del programa. Para finalizar, el Dr. Herrerías Alfaro comenta que, desde antes de la implementación de la EFAME, los servicios gineco obstétricos del IMSS-Bienestar ya aplicaban —y aplican— los protocolos de atención dictados por la Secretaría de Salud para todo el sector salud. Cabe destacar que dichos protocolos son de aplicación obligatoria.

### **La participación de la Coordinación de Igualdad y Género del IMSS en la EFAME**

La Coordinación de Igualdad y Género del IMSS participó del proceso de diagnóstico e implementación de la EFAME. Conocer y analizar su participación a lo largo de estos procesos, resulta clave para poder

evaluar si desde esta área específica de gestión dentro del IMSS, se promovió o no la inclusión del enfoque de género en la formulación de la EFAME.

La Dra. Sandra Girón, la actual titular de la Coordinación de Igualdad y Género del IMSS, nos brindó en entrevista información valiosa sobre diversos temas relacionados con esta estrategia. En primer lugar, expresó que no existiría una definición unificada sobre lo que constituye violencia obstétrica. Menciona lo siguiente:

"En general, el maltrato obstétrico puede ser todo, desde que no haya papel en el baño, si quieren ir al baño, hasta que efectivamente lo peor de lo peor es que (...) fallezca alguno de los dos".

"(...) revisando las quejas y las recomendaciones que teníamos de CNDH, pues llegamos a esta estrategia; y también, de ahí nos fuimos a ver las recomendaciones en qué hospitales eran y luego nos fuimos a analizar las quejas por servicios que, te digo, era desde: el policía que recibe a las personas en la entrada de la clínica, hasta el gineco... el obstetra que recibe al niño, ¿no? (se refiere a toda la cadena de atención desde que la mujer llega al hospital)".

La Dra. Girón comenta que el área de igualdad y género estuvo involucrada en el desarrollo de toda la estrategia y, en específico, de ciertos ejes de acción como, por ejemplo, las cartillas de la mujer embarazada. Al respecto, explica:

"La cartilla fue uno de los primeros temas porque para nosotros estábamos poniendo como este estereotipo de la mujer como más occidentalizada y (queríamos) que el lenguaje fuera incluyente, no sexista, que fuera también entendible para cualquier mujer, considerando que no todas tenemos el mismo nivel educativo y que sí iba a ser un arma poderosa para que la mujer supiera cuáles son sus derechos. Sobre todo, eso era lo que nos importaba mucho, concientizar a la mujer y decirle: a ver, esto son tus derechos, o sea, obviamente, así como es tu obligación aquí venir a checarte también tienes derecho".

La Dra. Girón enfatizó el esfuerzo que se hizo para lograr cambiar la forma en la que el personal sanitario y médico se dirige a las pacientes. Al respecto expresó:

“(...) hicimos un curso que se llama Buen trato para fortalecer la atención a la mujer embarazada, que de lo que se trata es de, justo, a toda la cadena que entra en contacto con la mujer embarazada... la idea es que tome este curso donde les decimos qué significa darle un buen trato a la mujer embarazada; ahí, por ejemplo, tuvimos siempre una discrepancia con el área médica porque nosotros siempre les decíamos que las derechohabientes le hablan de usted al doctor o la doctora y por ello el doctor o la doctora le tiene que hablar también de usted (...)”.

En este sentido, la Dra. Girón comenta que fue una instrucción para todo el personal —médico y no médico—tratar de Ud. a los y las pacientes.

Respecto a los objetivos del curso sobre buen trato, dirigido a toda la cadena de atención de la mujer embarazada, la Dra. Girón explica lo siguiente:

“Ese curso lo que busca y lo que pretende es sensibilizar a toda la cadena de atención de la mujer embarazada para que tampoco haya... como malentendidos y entonces prevenir malos tratos (...); nos encontramos con que había ciertas categorías, puestos donde eran especialmente duras con las mujeres a la hora de dar a luz. Entonces, bueno, pues los pusimos también... se les da a las enfermeras, a las trabajadoras sociales... porque no es lo mismo la mujer que va a un chequeo de rutina a la mujer cuando ya está en labor de parto”.

El otro pilar del eje de capacitación ha sido el curso denominado Atención Obstétrica Amigable. La Dra. Girón explica que su área contribuyó a realizar este curso de contenido más clínico para fortalecer los conocimientos técnicos, pero con una visión de atención obstétrica amigable.

La Dra. Girón hizo especial énfasis en la acción denominada Tour Obstétrico. Al respecto explica:

"La idea de un tour obstétrico no es otra cosa, sino que te lleven de la mano a que conozcas físicamente las salas para quitarte ansiedad; (..) o sea, ya que tengas un poco más de certeza a la hora de entrar al hospital. Entonces, nos dimos cuenta de que también eso ayuda mucho en la parte (...) más sensible porque te quita nivel de estrés".

Respecto al eje de dignificación de la infraestructura hospitalaria, afirma que su área no tuvo injerencia. Pero sí menciona que derivado del ejercicio de diagnóstico y los grupos focales, las demandas del personal médico en este eje no suponían una inversión excesiva o de grandes dimensiones. Más bien, se trataban de demandas vinculadas a equipamiento, herramientas que permitan a la mujer tener un parto fisiológico y divisiones que den privacidad y dignidad a las mujeres en labor de parto.

Seguidamente se aborda la situación de la EFAME en el contexto de la pandemia por COVID-19. Sobre este punto, la Dra. Girón menciona:

"Sin duda alguna, el tema de COVID nos pegó muchísimo (...) por ejemplo, el tour obstétrico pues está parado, la capacitación ahí va a cuentagotas, pero casi nada... O sea, no hemos podido recuperar como la estrategia (...) muchas áreas de éstas se convirtieron en áreas COVID (...) ahorita estamos en reconversión hospitalaria y... ya que estemos otra vez, de regreso con lo que se va a quedar ya normal, digamos, no COVID, pues ya tendremos tiempo y ánimo para dedicarnos otra vez al EFAME."

Se le consulto a la Dra. Girón acerca de que a lo largo de la formulación y diseño de la EFAME en ningún momento se menciona expresamente a la violencia obstétrica como tal. ¿Esto fue deliberado? La Dra. Girón respondió:

"Obviamente, quien trae la carga de las quejas, de todo el tema pues es el área médica, ¿no? (...) pues ellos muy sensatamente nos dicen: a ver, nosotros no vamos a reconocer un término que no está reconocido. O sea, al final entendemos lo que significa, pero entonces, hablemos del tema como un tema amplio que va desde el trato. Entonces a lo que se llegó en la mesa fue: pues sí. O sea, al final del día no hay una definición como tal porque para nosotros la decisión fue que fuera prácticamente todo, por eso analizamos también las quejas por servicios. Entonces lo dejamos más bien amplio. O sea, no quisimos circunscribirnos solo a lo fatídico de la violencia obstétrica, sino que lo dejamos desde darle un buen trato a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio. O sea, como que todo el proceso de la mujer embarazada, desde el trato que le damos, las citas que les damos, el seguimiento que le damos, que haya la medicina, en fin. O sea, hicimos como algo muchísimo más global".

Luego se le preguntó si en su opinión, existía una ausencia de enfoque de género y de derechos humanos en la formulación e implementación de la EFAME. Al respecto, la Dra. Girón indicó:

"El tema (el enfoque de género) es que está intrínseco, por ejemplo, en el curso del buen trato, en todo el proceso de sensibilización de todas las doctoras y los doctores. O sea, desde el punto de vista, digamos, de género, pues obviamente; justo quien llevaba la estrategia en el área médica que, desafortunadamente, falleció el año pasado (...) nos decía, es que el tema de género está intrínseco porque para mí dignificar a una mujer es si al menos le pongo una separación entre cama y cama para que no la vea la de junto; (...) si metes el tema tal cual de enfoque de género... O sea, como que... De entrada, genera poca empatía en muchos casos... Y entonces, lo que nosotros decidimos fue meterlo de una manera intrínseca como (enfoque de) buen trato para la mujer embarazada; lo quisimos hacer como menos evidente y mucho más creativo".

## La EFAME ¿contribuye a prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios de salud del IMSS?

En esta sección se hace una evaluación acerca del enfoque desde el cual se ha diseñado la respuesta del IMSS (EFAME) ante la problemática de la violencia obstétrica. En primer lugar, es necesario mencionar que, a partir de la sola lectura de los términos de la EFAME, en ningún momento se nombra y/o se hace alusión a la problemática de la violencia obstétrica como objetivo central de la estrategia. Este asunto no es menor ya que el primer paso para poder diseñar estrategias eficaces que contribuyan en forma decisiva para prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios de salud dentro del IMSS, es nombrar y por lo tanto asumir que los potenciales incidentes que sucedan en esos ámbitos son susceptibles de ser calificados como hechos de violencia obstétrica.

Si bien la Dra. Girón, titular de la Coordinación de Igualdad y Género del IMSS explicó expresamente que esto fue deliberado y con el objetivo de sumar aliados y contribuir con el éxito de la EFAME, es necesario reflexionar sobre la conveniencia de mantener esta postura.

En este sentido, resulta importante mencionar que en la comunicación personal con la titular de la División de Atención Ginecobstétrica y Perinatal del IMSS, la Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo, ella sí mencionó expresamente que la estrategia es de gran interés institucional para trabajar en disminuir la violencia obstétrica. Es decir, que utiliza el término "violencia obstétrica" y reconoce que las acciones de la EFAME están destinadas a disminuir los casos posibles de violencia obstétrica dentro de los servicios de salud del IMSS.

Aunque la elección mencionada por la Dra. Girón de no aplicar la terminología "violencia obstétrica" es comprensible, pasada la primera fase de implementación de la EFAME resulta crítico avanzar en un diseño de la estrategia que expresamente especifique que se trata de una política orientada a prevenir y erradicar la violencia obstétrica en toda la cadena de atención a la mujer embarazada, en situación de parto y puerperio. Tal como se menciona en este documento, tanto las Nacio-



nes Unidas, como la legislación comparada en la región e incluso la legislación estatal de una serie de entidades federativas de México especifican lo que se puede conceptualizar como actos y/o acciones de violencia obstétrica.<sup>20</sup> La EFAME podría, a partir de esos antecedentes, definir con más claridad las acciones que pueden considerarse violencia obstétrica. Y es que sin una definición conceptual y teórica sobre el fenómeno que se intenta erradicar, difícilmente se pueden diseñar e instrumentar acciones y políticas efectivas para lograrlo.

En segundo lugar, y tal como se mencionó en este documento, ya la CNDH había instruido al sector salud (incluido el IMSS), a través de sus recomendaciones, que se debería establecer una política pública de prevención de violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista. La respuesta del IMSS con la EFAME no cumple con esta recomendación en el sentido de que se trata de una estrategia cuyo objetivo es "mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica a las derechohabientes y usuarias embarazadas".

Esto sugiere que el diseño de la EFAME no se hace centralmente desde una perspectiva de derechos humanos y de género; más bien, de acuerdo con su formulación, se hace desde un enfoque de mejora de la calidad y calidez de la atención gineco obstétrica. Esto contribuye a limitar los alcances de sus acciones para poder prevenir y erradicar posibles casos de violación de derechos humanos de las mujeres en ocasión de embarazo, el parto y el puerperio, es decir de violencia obstétrica. Nuevamente, sobre este punto, la titular de la

---

<sup>20</sup> La "Guía de implantación del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro" de la Secretaría de Salud (s.f. b) contiene la siguiente definición de Violencia obstétrica o perinatal: forma específica de violación a los derechos humanos que implica toda acción u omisión por parte del personal del sistema de salud, que dañe, lastime o denigre a las mujeres durante el proceso preconcepcional, el embarazo, parto/nacimiento y puerperio -sin importar la etapa o circunstancia del proceso reproductivo-, así como la negligencia en su atención que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Cualesquiera otra formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres (pp. 95- 96).

Coordinación de Igualdad y Género del IMSS explicó que el enfoque de género está presente, pero en forma “intrínseca”. En realidad, a lo que se refiere la Dra. Girón con su respuesta es que, al igual que la estrategia de no mencionar explícitamente a la violencia obstétrica, se optó por no mencionar el enfoque de género en forma expresa en el diseño e implementación de la EFAME.

Sin embargo, al igual que lo explicamos anteriormente, esto presenta inconvenientes. Un incorrecto diseño de la política desde un enfoque no apropiado para resolver la problemática puede condicionar y limitar sus resultados. Tal como se demuestra en la primera sección de este documento, la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género. Por lo tanto, su diseño —y su implementación— deben hacerse desde este enfoque en forma expresa.

Otro punto clave a analizar es el énfasis que la EFAME pone en el rol que debería cumplir la mujer embarazada y/o parturienta durante el uso de los servicios gineco obstétricos. Tal como está formulada hoy la EFAME, se podría dar a entender que gran parte de la responsabilidad en la calidad de la atención está puesta sobre la mujer que recibe el servicio y no sobre el personal (médico y no médico) que tiene contacto con ella durante la utilización de los servicios de salud. La entrega de la cartilla de la mujer embarazada y la puesta a disposición de un canal de comunicación indirecto como es la página web, si bien son acciones que permiten a las mujeres tener más información a la mano, deben ser consideradas sólo como complementarias de una estrategia integral mucho más amplia destinada a abordar las causas estructurales de la violencia obstétrica y no sólo sus manifestaciones secundarias. Este aspecto estructural está ausente en la EFAME.

La recomendación de la CNDH fue diseñar e implementar una política pública centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista del embarazo, parto y posparto. Hay que mencionar que parece no haber elementos en la formulación de la EFAME que contribuyan a lograr este objetivo. Y tal como se mencionó en la primera sección, al abordar las cuestiones teóricas y conceptuales respecto a la violencia obstétrica, ésta se enmarca en el desplazamiento de la

mujer, su bebé e incluso de las parteras del centro de la problemática y, en su lugar, un excesivo protagonismo del personal médico y de la medicalización del parto fisiológico. En la medida en que se siga promoviendo la imagen de la embarazada como una paciente, un sujeto vulnerable, cuya opinión no cuenta, y del feto como un ser atrapado en el cuerpo femenino (Katz, 2000), el parto protagonizado por los profesionales de la salud y no por las mujeres parturientas será un escenario muy propicio para la violencia de género.<sup>21</sup> La EFAME no cuenta en sus lineamientos y acciones con medidas decisivas a favor de transformar el excesivo foco y protagonismo del personal médico durante el embarazo, parto y posparto.

El diseño y la formulación actual de la EFAME adolece de un enfoque integral y de unidad que brinde una correcta articulación y coherencia a los tres ejes de acción mencionados: empoderamiento de la mujer embarazada, fortalecimiento en la formación de recursos humanos y dignificación de la infraestructura de salud. En la práctica dichos ejes funcionan en forma desarticulada, lo que compromete su eficacia. El punto central es que si la estrategia tuviera una unidad conceptual y teórica respecto al fenómeno que intenta abordar –la violencia obstétrica–, todos sus ejes de acción deberían funcionar bajo el mismo enfoque y en forma coordinada. Los hallazgos de esta investigación sugieren que la EFAME debería ser redefinida a partir de un enfoque de respeto a los derechos humanos y de género. Este enfoque debería ser transversal a todos sus ejes de acción. De otro modo se corre el riesgo de que cada eje pueda estar desvinculado del objetivo central de la estrategia que no es mejorar el trato de las derechohabientes, sino más bien promover un nuevo paradigma en la atención ginecobstétrica que ponga a la mujer y a su bebé en el centro de la atención y no al personal sanitario.

---

<sup>21</sup> El paritorio es un escenario ideal de representación de esa negación–apropiación patriarcal del cuerpo y de la capacidad creadora de las mujeres (...): “estamos semidesnudas, en presencia de extraños, muchas veces solas, en espacios que nos son desconocidos y en los que no ejercemos ningún poder, en posición de sumisión total: con las piernas abiertas y levantadas, tumbadas contra la espalda, con los genitales expuestos y está en juego nuestra vida y la de nuestros hijos” (Fernández, 2015, p. 114).

Una estrategia que busque abordar las causas estructurales que dan origen a la violencia obstétrica debe atender necesariamente a las recomendaciones de la relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer (ya mencionadas en este documento):

- Las limitaciones de los recursos y las condiciones de trabajo en los sistemas sanitarios pueden llevar al maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención al parto.
- La dinámica del poder en la relación entre el centro de salud y los pacientes es otra causa de maltrato y violencia que se ve agravada por los estereotipos de género sobre el papel de la mujer.
- Abuso por parte de los profesionales sanitarios de la doctrina de la necesidad médica para justificar los malos tratos durante la atención al parto.

Si bien los tres ejes de acción previstos en la EFAME parecerían atacar parte de estas causas estructurales, tanto en su diseño como en su implementación, su alcance ha sido limitado. Y, de hecho, el eje de dignificación de la infraestructura de salud es el que presenta un desempeño más limitado de los tres previstos en la estrategia. Tal como se mencionó arriba, por cuestiones presupuestarias, no se pudo implementar las acciones previstas en este tercer eje.

Si bien el segundo eje pretende abordar la cuestión de la formación de Recursos Humanos que intervienen en forma directa en la atención de mujer embarazada y/o parturienta, se identifica que el enfoque de abordaje del problema no es el adecuado a esta problemática. Nuevamente el punto de partida del segundo eje es el fortalecimiento de la atención y el buen trato hacia la mujer embarazada o parturienta y no un enfoque integral cuyo objetivo central es el respeto irrestricto de sus derechos humanos y todo los derechos ya mencionados que se ven lesionados cuando ocurren hechos de violencia obstétrica. El objetivo de un eje transversal de formación del personal sanitario —médico y no médico— debe hacerse desde una perspectiva de género y de derechos. Esto supone como primer paso un reconocimiento de que

el personal sanitario puede incurrir en acciones violentas contra mujeres embarazadas y/o parturientas. En general, según las percepciones de los médicos y médicas, la violencia obstétrica parece relacionarse con aspectos externos al trato o la relación médico-paciente. Ésta se relacionaría con las deficiencias institucionales de recursos humanos, medicamentos e infraestructura, pero no con el trato del médico o de la médica. Como lo plantea Roberto Castro (2014), "desde el campo médico [esta] sigue apareciendo como un problema de calidad de la atención y no como una violación a los derechos de las mujeres por parte de los servicios de salud". Es fundamental poder avanzar en ese cambio de enfoque en el diseño —e idealmente en la implementación— de la EFAME: pasar de un enfoque de buen trato a uno de respeto a los derechos humanos de las mujeres. Esto permitirá mejorar sustancialmente el alcance de la política en cuestión.

Finalmente, y antes de pasar a la sección de recomendaciones generales de mejora, es importante mencionar —y visibilizar— que existen cadenas invisibles que hacen que las mujeres continúen acudiendo a los servicios de salud públicos para la atención de su parto, a pesar del trato que les estén proporcionando, con tal de no poner en riesgo la vida de sus bebés o porque no tienen otra opción para su atención. Algunos ejemplos de estas barreras a las que se enfrentan son:

- No tienen a la mano su ropa y zapatos, únicamente su bata.
- Están incomunicadas con el exterior.
- En la mayoría de las unidades no se les permite estar acompañadas por su familiar o persona de confianza de su elección.
- Si toman la decisión de abandonar la unidad, se sienten culpables y responsables de lo que les pueda pasar a ellas y sus bebés.
- No alzan la voz o reclaman por miedo a represalias.
- No hay posibilidades económicas para moverse a otro lugar a recibir la atención.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Tomado de "Prueba Piloto Estrategia para Fortalecer la Atención a las Mujeres Embarazadas", s/f, comunicación personal con Cristina Solano del Real.

Es importante mencionar que la puesta en marcha de la EFAME ha sido —y es— una buena decisión institucional por parte del IMSS. Sin embargo, en los términos en que está formulada e implementada, no es posible esperar que contribuya en forma decisiva a combatir las causas estructurales responsables de la violencia obstétrica y sus diversas manifestaciones. Para lograr este objetivo de carácter estructural e integral hace falta cambiar el enfoque desde el cual se diseñe la estrategia y, además, poner en el centro y como absoluta protagonista a la mujer —y no al personal sanitario— dentro de los servicios de salud gineco obstétricos.

### **Áreas de oportunidad: propuestas de mejora y recomendaciones**

Es preciso mencionar que una política que contribuya de manera efectiva a erradicar y prevenir la violencia obstétrica debe ser transversal a todo el sector salud. Las estrategias individualizadas dentro de cada proveedor de salud solo deberían ser complementarias de una política transversal con rectoría desde la Secretaría de Salud. De hecho, actualmente se encuentran vigentes varios instrumentos normativos formulados desde dicha Secretaría que, de ser correctamente implementados y observados por el IMSS, podrían contribuir a disminuir los casos de violencia obstétrica.<sup>23</sup>

### **El rediseño de la EFAME: cambio de paradigma en su formulación**

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las acciones previstas en la EFAME están suspendidas a raíz del proceso de reconversión hospitalaria por la pandemia de COVID-19, se recomienda aprovechar el momento de transición para reformularla en forma completa.

En primer lugar, es impostergable la necesidad de utilizar el término "violencia obstétrica" en su formulación. Es evidente que el uso del término entre el personal de salud genera incomodidad y rechazo

<sup>23</sup> Por ejemplo la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; y El Modelo Integral de Parto Humanizado.

según lo expresó la titular de la Coordinación de Igualdad y Género del IMSS, la Dra. Girón. Muchas de las personas que se resisten a emplear la denominación de "violencia obstétrica", optan por hablar en su lugar de "necesidad de atención integral", o atribuyen los problemas que el término implicaría (mala atención de procedimientos, trato médico-paciente, capacidad de resolución institucional, cumplimiento de derechos), a fallas en procedimientos administrativos y a las evidentes dificultades que enfrenta el gremio médico en su sistema de contratación, en los horarios de trabajo y los salarios asignados. El tema de violencia obstétrica también parece haberse instalado en los imaginarios médicos como criminalización, vigilancia y control de sus actividades. Y ante ello, muchas veces, reaccionan con una actitud defensiva protegiendo su actuar profesional. Esta resistencia se debe en buena medida a que se sienten "vulnerables y desprotegidos" frente a una nueva reglamentación cuyos alcances desconocen en términos de sanciones y que deben enfrentar individualmente, sin ningún apoyo institucional (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas [CEAV] y UNAM, 2017). Por estas y otras razones es que el primer paso para poder diseñar acciones eficaces para erradicar y prevenir este tipo de violencia hacia las mujeres es apropiarse de este término y utilizarlo adecuadamente en la formulación de las políticas, en particular en la EFAME.

Tal como lo menciona el "Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México" realizado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y la Facultad de Medicina e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2017), en la literatura se señala que en la relación médico-paciente, concretamente en la práctica médica vinculada con el cuidado y atención de la salud sexual y reproductiva, las mujeres han sido concebidas como "sujetos pasivos" que asisten a los servicios de salud para ser observadas por los "profesionales" quienes, desde su formación "científica", deciden las intervenciones más "convenientes". Justamente el modelo contrario, el de un parto humanizado tiene como fin colocar a la mujer en el centro de

la atención y convertirla en un sujeto activo; sin embargo, esto aún no se logra instalar completamente. El concepto que parece estar claramente incorporado por parte del personal de salud es el de *calidad de la atención*, este tiende a asociarse con tener los insumos necesarios para la atención de las pacientes, cumplir con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y con la capacidad de responder a peticiones e interrogantes sobre los procedimientos o el suministro de medicinas para disminuir el dolor, entre otros. Por otro lado, los médicos y médicas no parecen reconocer los efectos de las prácticas médicas jerarquizadas y autoritarias, las cuales se atribuyen por ejemplo “al exceso de trabajo o a las condiciones laborales” y no a un proceso de formación disciplinaria que no incorpora al paciente como una persona con miedos, necesidades y derechos (CEAV y UNAM, 2017). Por todo ello, es urgente acabar con el excesivo protagonismo médico y medicalización del parto fisiológico hoy tan vigente. En su lugar hay que extender un modelo de parto humanizado y respetado que tenga a la mujer embarazada y/o parturienta como sujeto y protagonista.<sup>24</sup>

Estudios sobre la empatía en la práctica médica muestran que cuando el personal médico es menos empático con sus pacientes los resultados en el progreso de la salud son menos satisfactorios. Asimismo, se observa una disminución en la actitud empática de los y las estudiantes de medicina entre el primer y último año de la formación médica. Este fenómeno se incrementa de manera más significativa en el tercer año, cuando los estudiantes de medicina abandonan las aulas para completar rotaciones en la atención directa al paciente,

<sup>24</sup> Se ha llamado “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. El papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones (Almaguer González, et. al, 2012).



precisamente cuando es más importante (Costa, *et al.*, 2013; Quince, *et al.*, 2011 y Magalhaes, *et al.*, 2011). Así pues, es de suma importancia incidir desde la formación médica en escuelas y universidades para una enseñanza de la medicina con un enfoque de derechos, humanista y centrado en la persona, transversal a todas las materias impartidas, además de incluir y darle mayor importancia a cursos de ética, antropología, humanidades médicas y ciencias sociales en el plan de estudios, incluyendo los años de práctica clínica. De igual manera, el IMSS, como hospital-escuela es un lugar crucial para la prevención de la violencia obstétrica, pues es en los hospitales donde los estudiantes y residentes aprenden, imitan y replican el trato y la relación médico-paciente.

Es urgente diseñar e implementar protocolos de atención y políticas públicas que se adecuen de manera continua a las necesidades de las mujeres gestantes y no únicamente a los del personal médico. En este sentido, es fundamental la participación de las mujeres y usuarias de los servicios en el diseño, planificación, implementación y evaluación de la atención y la formulación de protocolos. Para que los proveedores de atención gineco obstétrica realmente involucren a las mujeres y sus familias en las decisiones, es importante explorar su comprensión y experiencias de la violencia obstétrica.

Para lograr esto, los mecanismos participativos son herramientas adecuadas para oír las voces de las mujeres, personas gestantes y sus familias. Algunos de esos mecanismos pueden incluir instancias para recibir retroalimentación de las personas usuarias de los servicios gineco obstétricos, promover el monitoreo de la implementación de los programas, investigar si realmente hay cambios y mejoras a través de reuniones y discusiones periódicas entre personal sanitario, usuarias y personas tomadoras de decisiones y por último, hacer accesible y tener disponible información, así como implementar mecanismos de transparencia y difusión de información para involucrar a las beneficiarias en la toma de decisiones.

En el estudio de CEAV y UNAM (2017) se afirma que, aunque es cierto que los servicios públicos de salud suelen estar rebasados en

su capacidad y que en muchos casos no cuentan con la infraestructura y recursos físicos y humanos suficientes y adecuados que aseguren una atención idónea, parece aún no existir conciencia entre gran parte del personal de salud del daño que se puede causar con ciertas prácticas cotidianas.

En caso de cambiar el enfoque del diseño —y la implementación— de la EFAME hacia uno de género y de respeto de los derechos humanos de las mujeres, es necesario revisar los contenidos de los cursos comprendidos en el eje de Formación de Recursos Humanos. Tanto el curso de buen trato para todo el personal que interviene en la atención de la mujer embarazada como también y en forma central, el curso denominado Atención Obstétrica Amigable; ambos tienen que ser dictados por profesionales con enfoque de género. Incluso, al cambiar el enfoque en el diseño de la EFAME, las mismas denominaciones de estos cursos deberían ser repensadas para poder pasar de ese enfoque de "buen trato" a uno de respeto a los derechos humanos de las mujeres.

En definitiva, lo más importante es que se diseñen estrategias y mecanismos que permitan difundir de manera amplia y constante una nueva concepción acerca de la práctica gineco obstétrica. Se sugiere avanzar hacia un compromiso institucional irrenunciable más amplio y de mayor alcance que solo un programa o acción individualizada o complementaria dentro de las instituciones.

### **Recomendaciones generales para diseñar una respuesta institucional extensa para prevenir y erradicar la violencia obstétrica dentro del IMSS<sup>25</sup>**

- Capacitación continua al personal sanitario sobre los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, y promoción de actitudes de respeto y libres de discriminación para un trato digno en todas las intervenciones.

<sup>25</sup> El listado de propuestas incluye algunas de las formuladas en Fuentes (2021), CEAV y UNAM (2017) y Secretaría de Salud (2020).

- Informar a todos los actores involucrados en la cadena de atención y a las personas usuarias del servicio sobre los actos constitutivos de violencia obstétrica y las repercusiones legales para la institución y para el personal de salud al incurrir en ellos.
- Incluir indicadores de hospitales libres de violencia obstétrica en el proceso de certificación y recertificación de los hospitales.
- Incluir y fomentar en la formación escolar y hospitalaria del personal de salud un enfoque de atención humanista y con perspectiva de género e interculturalidad y de derechos humanos.
- Actualizar las prácticas gineco obstétricas relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio y adecuarlas a recomendaciones y estándares internacionales.
- Asegurar que el personal médico realice el procedimiento quirúrgico de cesárea solo en aquellos casos que la condición de salud de la madre y del producto lo requieran, tal como lo establecen las recomendaciones de la OMS.
- No ejercer coerción ni presionar a la mujer en la elección de métodos anticonceptivos en ningún momento.
- El personal que atiende partos se debe capacitar en la clasificación Robson,<sup>26</sup> propuesta por la OMS para evaluar y comparar las tasas de cesárea. Esta clasificación es beneficiosa tanto para la madre como para la persona recién nacida; el propósito es disminuir las "cesáreas innecesarias", una de las manifestaciones de la violencia obstétrica.
- Crear mecanismos para vigilar que las unidades médicas cuenten con los recursos humanos suficientes y con formación actualizada para ofrecer la atención gineco obstétrica, así como con los materiales e insumos necesarios para otorgar una atención de calidad.
- Crear o identificar las instancias que en las unidades médicas sean las encargadas de recibir las quejas o denuncias por actos constitutivos de violencia obstétrica y dar a conocer entre

---

<sup>26</sup> Manual de aplicación de la clasificación Robson disponible en [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/robson-classification/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/es/)

el personal de salud y los pacientes o usuarios la existencia de dicha instancia, su objeto y procedimiento o mecanismo básico para la protección de sus derechos. Como parte de estas acciones se sugiere, además, tener un seguimiento continuo de todo episodio de violencia obstétrica, por parte del IMSS e incluso de la Secretaría de Salud.

- Asegurar que el personal de salud de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención cumplan con la obligación de informar a las mujeres sobre sus derechos en salud sexual y reproductiva, con un enfoque intercultural.
- Actualizar al personal médico y de enfermería en las buenas prácticas de atención durante el nacimiento con el fin de eliminar las prácticas contraindicadas como son tricotomía, enemas evacuantes, maniobra de Kristeller, entre otros.
- Impartir talleres al personal de salud sobre los preceptos del Modelo Integral de Atención de Parto Humanizado.
- Impartir cursos de capacitación teórico-prácticos basados en la Ley General y leyes estatales de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia, con especial énfasis en el concepto de violencia obstétrica como una manifestación de la violencia de género.
- Contar con un programa continuo de supervisión y evaluación que incluya revisar las acciones de violencia obstétrica, física o psicológica, que hayan ocurrido en la unidad de salud.
- Atender la salud mental del personal médico que pudiera, a la vez, ser víctima de estructuras violentas, jerarquizadas, con síndrome de *burnout* y estrés postraumático, y en condiciones laborales insatisfactorias, y analizar en qué medida dichos factores de estrés laboral tienen impacto en los índices de violencia obstétrica, como uno de los factores a mitigar.



## CONCLUSIÓN

Hay suficientes razones y evidencia para afirmar que la violencia obstétrica constituye violencia hacia la mujer. Como afirma Vivas (2019) la violencia obstétrica es la última frontera de la violencia de género, una violencia física y psicológica ejercida contra las mujeres por el sólo hecho de serlo. Por sus características, se trata de una violencia normalizada, incluso justificada, por amplios sectores de la sociedad, sobre todo por personal médico y sanitario. No se trata de un asunto de malos tratos o de mala calidad en la atención dentro de los servicios gineco obstétricos; se trata de casos de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en una situación de gran vulnerabilidad como es el embarazo, el parto y el posparto.

La EFAME ha sido la respuesta institucional del IMSS ante la problemática de violencia obstétrica en sus servicios de salud. A primera vista, sus resultados preliminares parecen ser alentadores respecto a la disminución de situaciones de casos de "maltrato" y mejora en la atención a la mujer embarazada y parturienta. Sin embargo, presenta limitaciones para poder erradicar y prevenir la violencia obstétrica ya que no contribuye a eliminar en forma decisiva sus causas estructurales. Se trata de una estrategia formulada desde un enfoque de mejora de la calidad y calidez de la atención gineco obstétrica y no, expresamente, desde una perspectiva de derechos humanos y de género. Todas estas características, limitan los alcances de sus acciones para poder prevenir y erradicar posibles casos de violación de derechos humanos de las mujeres en ocasión de embarazo, el parto y el puerperio, es decir de violencia obstétrica.

Por su parte, la pandemia por COVID-19 afectó en forma negativa la provisión de servicios de salud sexual, reproductiva y materna en

México, afectando también las acciones previstas en la EFAME. Puede ser una gran oportunidad tomar este momento bisagra para reformular la estrategia y redefinir acciones que contribuyan en forma decisiva y eficaz a erradicar la violencia obstétrica dentro del IMSS.

A modo de cierre de esta investigación se mencionan dos aspectos relacionados con las posibles acciones que el IMSS puede tomar con la finalidad de luchar contra esta problemática. En primer lugar, el potencial proceso de de-conversión hospitalaria (proceso inverso a la reconversión que hubo a raíz de la situación epidemiológica por COVID-19) podría incluir un componente de mejora sustancial de la infraestructura en los servicios gineco obstétricos en la medida de que las posibilidades presupuestarias lo permitan. Justamente, el eje de la EFAME con resultados más débiles ha sido el de la dignificación de la infraestructura de salud; con lo cual se sugiere ampliamente considerar centralmente en este proceso de de-conversión a los servicios gineco obstétricos como una forma de atender a una de las causas estructurales de la violencia obstétrica.

En segundo lugar, es necesario reconocer el compromiso y la decisión institucional de la actual Dirección General del IMSS y de la propia Dirección de Prestaciones Médicas de avanzar en acciones específicas en materia de género en la institución. El trabajo de la Coordinación de Igualdad y Género dependiente de la Dirección Jurídica del IMSS es crítico para los esfuerzos encaminados a transvesalizar el enfoque de género en todas las acciones de la institución. Constituyen un área de gestión clave y potencial aliada para centralizar las acciones tendientes a prevenir y erradicar la violencia obstétrica de los servicios dentro del IMSS. Cabe destacar que desde esa área se han puesto en marcha numerosas acciones tales como la adhesión a la campaña #HeForShe con ONU Mujeres, acuerdos de colaboración conjunta con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, la firma de un Convenio General de Colaboración con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, la firma de un Convenio General de Colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, el establecimiento de un ambiente laboral libre de hostigamiento se-

xual y acoso sexual dentro del IMSS, entre otros. Todas estas acciones constituyen buenas prácticas que podrían ser replicadas también en otros subsistemas de salud.

En conjunto estas iniciativas y el momento oportuno de un potencial proceso de retorno a la normalidad en un escenario pospandemia, parecen configurar un buen escenario para rediseñar la EFAME y con ella poder contribuir en forma eficaz y adecuada a prevenir y erradicar la violencia obstétrica dentro de los servicios del IMSS.





## REFERENCIAS

- Almaguer González, J.A., García Ramírez, H.J. y Vargas Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras*, 10(2/3), 44-59. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Arteta, I. (21 de octubre 2020). Más cesáreas que partos naturales en México. Por la pandemia, el sector salud deja a las mujeres sin opción a elegir. *Animal Político*. Disponible en <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion>
- Ávila Vera, M. C. (25 de abril 2019). Iniciativa que adiciona el artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a cargo de la Diputada Mildred Concepción Ávila Vera, del grupo parlamentario de MORENA. Recuperado de: [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun\\_3871930\\_20190429\\_1556225465.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3871930_20190429_1556225465.pdf)
- Barbara, V. (13 de marzo 2019). ¿Por qué en América Latina, una región que dice amar a las madres reina la violencia obstétrica?, *The New York Times*. Disponible en <https://www.nytimes.com/es/2019/03/13/espanol/america-latina/violencia-obstetrica-america-latina.html>
- Baruch, R. (7 de marzo 2019). Con el dolor de tu vientre: la violencia obstétrica en América Latina. *Huffington Post México*
- Castro R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1). 37-42
- Castro, R. y Frías, S. M. (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres.

- En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (comps.). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús, Lanús
- Costa, P., Magalhaes, E., Costa, M.J. (2013). A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Advances in Health Sciences Education*, 18(3), 509–522
- CNDH. (31 de julio 2017). Recomendación general no. 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México: CNDH
- , (2016). Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas. Ciudad de México: CNDH
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y Facultad de Medicina e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2017). Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica en México. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno\\_stico\\_VO\\_port.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/194701/Diagno_stico_VO_port.pdf)
- Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida
- Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Secretaría de Salud de México. (2021). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, Semana Epidemiológica 53, Corte de base al 1 de enero 2021. Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT\\_2020\\_SE53.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT_2020_SE53.pdf)
- Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental. (2018). Mira que te miro. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo. Disponible en [https://miraquetemiro.org/downloads/mira\\_que\\_te\\_miro\\_resumen\\_global.pdf?v=oct18-3](https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3)
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. (10 junio 2015). Pronunciamiento. Ciudad de México

- Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) México, Comité Promotor por una Maternidad Segura y Observatorio de Mortalidad Materna en México. (julio 2021). Conversatorio. La salud y mortalidad materna en el marco del Covid-19: una aproximación desde el enfoque de Derechos Humanos
- Fuentes Rodríguez, E. (2021). Violencia obstétrica en Costa Rica desde la evidencia estadística: Retos para la gerencia de la salud y la tutela de los derechos reproductivos. UNFPA
- GIRE. (2013). Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad materna/Violencia obstétrica/Vida laboral y reproductiva/Reproducción asistida. Disponible en <https://gire.org.mx/publicaciones/omision-e-indiferencia-derechos-reproductivos-en-mexico/>
- Gobierno de México. (20 de julio 2020). Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, Versión 2. Disponible en [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos\\_Prevencion\\_COVID19\\_Embarazos\\_V2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf)
- Human Reproduction Programme. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea
- IMSS. (2017). El IMSS atiende recomendación general de la CNDH a diversas autoridades del sector salud de los tres niveles de gobierno, relacionada con el expediente clínico como parte del derecho a la información, núm. 036/2017. Ciudad de México
- , (2020). Reciben derechohabientes del IMSS más de 14 mil atenciones en hospitales privados, núm. 624/2020. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202009/624>
- INEGI, (22 de septiembre 2020). Características de los nacimientos registrados en México durante 2019. Comunicado de prensa núm. 429/20

- , (2019). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Principales resultados
- , (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales resultados. Ciudad de México
- , (2016). Encuesta Nacional Sobre La Dinámica De Las Relaciones En Los Hogares ENDIREH 2016. Cuestionario para mujer casada o unida. Ciudad de México
- INEGI/INMUJERES. (2020). Mujeres y hombres en México, 2019
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (2018). La OMS pide que se cuide la salud mental de las madres en la asistencia al parto. Disponible en [https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf)
- Katz Rothman, B. (2000). *Recreating Motherhood*. Nueva Jersey: Rutgers University Press
- Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto*. Santa Cruz de Tenerife: Ob Stare
- Magalhaes, E., Salgueira, A.P., Costa, P. y Costa, M.J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*, 11(52). Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/52>
- Muñoz García, G. B. y Berrio Palomo, L. R. (2020). Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: la violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. En Quattrocchi, P. y Magnone, N. (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Lanús: Universidad Nacional de Lanús
- NORMA Oficial Mexicana. (2016). NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal*. Guía práctica. Ginebra
- , (2 de septiembre 2020). Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-co>

- ronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth
- , (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?jsessionid=63F1572318EC41A4F721D-3683D6ADF4C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?jsessionid=63F1572318EC41A4F721D-3683D6ADF4C?sequence=1)
- , (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)
- ONU. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible en [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S)
- Presidencia de la República. (2015). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Quince, T.A., Parker, R.A., Wood, D.F. y Benson, J.A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*, 11(90). Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/90>
- Secretaría de Salud. (2020). Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante a pandemia por COVID-19.
- , (s.f. a). Lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en el marco de los derechos humanos. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/359798/Lineamientos\\_atenci\\_n\\_parto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/359798/Lineamientos_atenci_n_parto.pdf)
- , (s.f. b). Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud-Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural
- Sesia, P., Keith-Brown, K., Atkin, L. y Rees, M. (2020). El marco normativo de la atención obstétrica durante el parto fisiológico

- gico en México: un breve análisis crítico. *Género y Salud en Cifras*, 17(3)
- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrocchi, P. & Magnone, N. (comps). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado. Lanús: Universidad Nacional de Lanús
- Sociedad Marcé Española (MARES). (25 de septiembre 2020). Separar a madres contagiadas por covid-19 de sus bebés, ¿buena o mala decisión? Disponible en <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14580/ESP/separar-madres-contagiadas-por-covid-19-sus-bebes-buena-mala-decision-htm>
- Sola, A., Rodríguez, S., Cardetti, M. y Dávila, C. (2020). COVID-19 perinatal en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(e47). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7392181/>
- Stanford Children's Health. (s.f.). Episiotomía. Descripción general del procedimiento ¿Qué es la episiotomía? Disponible en <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- UNICEF. (2019). Padre desde el principio. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/historias/padres-desde-el-principio>
- Vivas, E. (2019). Mamá desobediente. Madrid: Capitán Swing







## ANEXO

**Tabla 1.** Unidades seleccionadas por Delegación / UMAE

	NO. DE DELEGACIÓN/ DELEGACIÓN	UNIDAD
01	Aguascalientes	Hosp Gral Zona 1, Aguascalientes
02	Baja California	Hosp Gineco Pediatría MF/31 Mexicali
03	Baja California Sur	Hosp Gral Zona/MF 1, La Paz
04	Campeche	Hosp Gral Zona/MF1, Campeche
05	Coahuila	Hosp Gral Zona 1, Saltillo
06	Colima	Hosp Gral Zona 1, Colima
07	Chiapas	Hosp Gral Zona/MF 1, Tapachula
08	Chihuahua	Hosp Ginecoobst 15 Chihuahua
10	Durango	Hosp Gral Zona MF 1 (Durango)
11/ 4W	Guanajuato	Hosp Ginecoobst 48, León-UMAE
12	Guerrero	Hosp Gral Regional 1, Acapulco
13	Hidalgo	Hosp Gral Zona/MF 8, Cd. Sahagun
14/ 4M	Jalisco	Hosp Gineco-Obstetricia-UMAE
15	Mex. Oriente	Hosp Gineco-Obstetricia/MF 60, Tlalnepantla
16	Mex. Poniente	Hosp Gral Zona 194, Molinito
17	Michoacán	Hosp Gral Zona 8 (Uruapan)
18	Morelos	Hosp Gral Regional/MF 1, Cuernavaca
19	Nayarit	Hosp Gral Zona 1 Tepic

	NO. DE DELEGACIÓN/ DELEGACIÓN	UNIDAD
20/ 4N	Nuevo León	Hosp Gineco Obst 23 -UMAE
21	Oaxaca	Hosp Gral Zona 1 Oaxaca
22	Puebla	Hosp Gral Zona c/UMAA 20, Pue.
23	Querétaro	Hosp Gral Regional 1, Querétaro
24	Quintana Roo	Hosp Gral Regional 17, Cancún
25	San Luis Potosí	Hosp Gral Zona/MF 1, Sn Luis Potosí
26	Sinaloa	Hosp Gral Zona/MF 3, Mazatlán
27	Sonora	Hosp Gineco-Pediatría, Hermosillo
28	Tabasco	Hosp Gral Zona 46, Villanueva
29	Tamaulipas	Hosp Gral Zona 13, Matamoros
30	Tlaxcala	Hosp Gral Zona c/MF 02, Apizaco
31	Veracruz Norte	Hosp Gral Zona 11, Jalapa
32	Veracruz Sur	Hosp Gral Zona/MF36 Coatzacoalcos
33	Yucatán	Hosp Gral Regional 1, Mérida
34	Zacatecas	Hosp Gral Zona/MF 1 Zacatecas
39	DF Norte	Hosp Gineco Pediatría 3A
39/ 4K	DF Norte	Hosp Gineco-Obstetricia 3-UMAE
40/ 4L	DF Sur	Hosp Gineco-Obstetricia 4-UMAE



San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice,  
Alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100,  
Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700.

<https://ciss-bienestar.org/>

