

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

---

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

## **Violencia Obstétrica en México**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

P R E S E N T A:

**DULCE VIRIDIANA MARTÍNEZ MENDOZA**

D I R E C T O R

**MTRO. JAIME MOLINA CORREA**

Ciudad de México, marzo de 2022.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

## AGRADECIMIENTOS

*Hoy después de innumerables desafíos, más allá de mis propios ánimos, me encuentro aquí por el noble apoyo de académicos, familiares, amigos, seres de luz que iluminaron mi camino cuando mi propia luz se apagaba. Quiero agradecerles a todos y a todas por su dedicación, su tiempo, paciencia y apoyo.*

*A mi querido director de tesis Mtro. Jaime Molina Correa, le agradezco mucho por estar en cada momento de mi camino, por el apoyo que me dio durante este proceso académico, profesional y personal, gracias.*

*A mis lectores:*

*Dra. Ana Prado Murrieta, por ser parte de mi vida, mi mentora, maestra y sobre todo una gran amiga, gracias.*

*Mtro. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez, por ser mi maestro, mentor y amigo, gracias*

*Mtro. José Antonio Navarro Capella, por ser mi maestro, mentor y amigo, gracias*

*Gracias a mi casa de estudios a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por permitirme estar dentro de ella para formarme de conocimientos, experiencias académicas y sabiduría, gracias*

*A todos mis profesores que me dieron un poco de sus conocimientos, saberes y aprendizajes, al soportarme en cada clase, me llevo muchos recuerdos en mi mente y corazón de cada uno de ellos, gracias.*

*A todos mis compañeros y amigos que estuvimos en este mismo camino en la UACM, gracias*

*A mi gran amigo Yeltsin Fernández Padilla, eres mi ejemplo a seguir, te agradezco por estar en mi vida acompañándome en cada instante, gracias.*

*A mis abuelos Reyes Martínez, Silvia Gómez, Juan Mendoza (†) y Camila Cano (†), por inculcarme los valores y heredarme un poco de su ser, enseñanzas y cultura, por eso y mucho más, gracias.*

*A mis padres Ángel Martínez y Juana María Mendoza, Gracias por seguir a mi lado para decirles lo mucho que los respeto, admiro y cuánto los amo, por estar en mi vida, hoy les ofrezco con cariño*

*esta tesis que realicé con mucha dedicación día con día y con mucho esfuerzo, por el apoyo incondicional de ustedes, infinitas gracias.♥*

*A mi hermano Daniel Martínez, te amo, gracias*

*A mi hermana Verónica Martínez, le agradezco por estar siempre en los momentos más duros de la vida, la admiro y la respeto por ser la persona que es, eres mi pequeña gran ejemplo a seguir, te amo, gracias.*

*Por último pero no menos importante a mí esposo Héctor García, quien me da, fuerza y apoyo para seguir adelante a pesar de las adversidades de la vida, gracias amor.*

*A mi hijo Emir Alonso, por ser todo para mí, te amo con todo mi corazón, gracias por existir ♥*

*Gracias Dios por no dejarme caer y estar a mi lado en cada amanecer.*

## *DEDICATORIA*

*Este trabajo de tesis lo dedico a todas las mujeres que vivieron violencia obstétrica antes, durante y después del parto, a las mujeres y bebés que fallecieron (†) por las malas prácticas, malos tratos y negligencias médicas por parte del personal que brinda servicio en el sector de salud.*

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción.....  | 6  |
| 2. Justificación.....   | 16 |
| 3. Planteamiento del problema.....  | 19 |
| 4. Objetivos.....   | 20 |
| 4.1 Objetivo general.....   | 20 |
| 4.2 Objetivos específicos.....  | 20 |
| 5. Metodología.....   | 21 |
| 5.1 Testimonio como aproximación en la violencia obstétrica.....  | 23 |
| 6. Marco teórico.....   | 27 |
| 6.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?.....   | 27 |
| 6.2 Ley general de salud.....   | 27 |
| 6.3 Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.....   | 28 |
| 6.4 Derecho a la maternidad.....  | 29 |
| 6.5 Norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida..... | 31 |
| 6.6 Atención materno infantil en México de la ley general de salud.....   | 37 |
| 6.6.1 Ley de identidad de género.....   | 40 |
| 6.6.2 Violencia de genero.....  | 42 |
| 6.7 Como las mujeres mexicanas naturalizan la violencia obstétrica.....   | 45 |
| 6.8 La violencia obstétrica, aspectos sociales, éticos y jurídicos.....   | 48 |
| 6.9 Datos estadísticos actuales de la violencia obstétrica en México.....   | 51 |
| 6.9.1 ¿Qué es el nacimiento?.....   | 54 |
| 6.9.2 Tipos de partos.....  | 56 |
| 6.9.3 Instrumentación quirúrgica.....   | 61 |
| 6.9.4 El cuerpo como territorio.....  | 69 |
| 6.9.5 Atención prenatal.....  | 71 |
| 6.9.6 Lactancia materna.....  | 73 |
| 6.10 Violencia obstétrica en la ciudad de México.....   | 78 |

|  |     |
|--|-----|
| 6.10.1 Parto en México.....  | 79  |
| 6.11 Políticas públicas y la violencia obstétrica.....                                 | 84  |
| 6.11.1 Recomendaciones generales de las Normas y Leyes de la violencia obstétrica..... | 85  |
| 6.12 Promoción de la salud, una mirada integradora.....                                | 91  |
| 6.12.1 ¿Qué es la promoción de la salud?.....  | 93  |
| 6.12.2 Estratégica de la promoción de salud para la violencia obstétrica.....          | 94  |
| 6.12.3 Acciones de la promoción de la salud ante la violencia obstétrica.....          | 99  |
| 7. Aspectos generales.....   | 101 |
| 8. Propuestas desde la promoción de la salud.....                                      | 106 |
| 9. Conclusiones.....   | 108 |
| 10. Glosario.....  | 110 |
| 11. Anexos.....  | 114 |
| 12. Referencias bibliográficas.....  | 128 |

## 1. INTRODUCCIÓN

Al hablar de la violencia obstétrica, no se habla de cualquier cosa, sino de la importancia en el momento de dar a luz a un ser, es un tema jamás contado por las instituciones de salud pública y privada, ni mucho menos por la misma mujer, no cuentan sus experiencias que vivieron a la hora del parto, por pena, por vergüenza, o porque naturalizan la agresión a su persona y cuerpo simplemente. No quiero victimizarme, pero sí contar la experiencia que viví en el sector de salud pública Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el recorrido de labor de parto. Como yo, hay muchas mujeres que todos los días viven violencia obstétrica por parte del personal de salud, como son las enfermeras, los pasantes, asistentes y los mismos ginecólogos obstétricos.

El día 22 de junio del 2016, asistí a urgencias en Obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por desprendimiento del tapón mucoso, una vez estando en la sala de espera, después de una hora, llegó el médico, que nunca dijo su nombre ni cuál era su especialidad o profesión, tampoco se presentó como persona, e ignoró el protocolo. Pasaron más de 30 minutos, cuando me pidió que pasara al cubo de valoración para revisarme, al entrar me dio una bata y me dijo “entra al baño, quítate la ropa de la cintura para abajo y ponte la bata”. Mientras me ponía la bata, llegó un enfermero sin presentarse, cuando salí del baño me dijo que me acostara en la camilla y bajara la pelvis hasta la orilla de la camilla, me dio indicaciones para colocar los pies sobre los soportes.

Después de las preguntas de rutina, comenzó a platicar con el enfermero de sus tarjetas de crédito. En que banco hay menos intereses, cuál era mejor, etc. Entre la conversación se colocó los guantes quirúrgicos e introdujo dos de sus dedos, índice y medio para hacer el tacto, sin dejar de charlar con el enfermero, al hacer el tacto me provocó mucho dolor e irritación y un poco de sangrado.

Me quejé porque me estaba lastimando demasiado, él solo dijo:

“déjese y póngase más floja, porque no puedo revisarla bien, acostúmbrese porque a la hora del parto, habrá mucha gente que le va a estar haciendo el tacto a cada rato, para saber cuánto lleva de dilatación”

Al escuchar esas palabras y al ver que no le importaba el dolor que me causaba, mis lágrimas fueron cayendo por mis mejillas y no tuve más que relajarme y que terminara con la revisión. Al estar haciendo de nuevo la revisión, tocando como si fuera un pollo destazando, aún seguía hablando con el enfermero sobre sus cuentas bancarias. Cuando vio mis ojos llenos de lágrimas me dijo:

“con cuantas parejas ha tenido relaciones sexuales” le contesté que solo mi esposo, él respondió “pues por eso le duele mucho, está muy estrecha”

Al escuchar que dijo esas palabras, mi rostro cambió, no sé qué cara puse, pero al instante el doctor quito sus manos sobre mí y mirando al enfermero me dijo:

“todo está bien, solo se le desprendió el tapón mucoso”, luego, se dirigió a mí; “levántese y vuélvase a vestir, mientas hago el informe”

Enseguida entré al baño para cambiarme y al salir el doctor ya tenía la nota médica y prescrita, al salir de urgencias, me sentí una persona sin valores, como un objeto sin sentimientos. Me dio mucha nostalgia y coraje, lo único que hice fue llorar en los brazos de la única persona que me sentí protegida y amada; los de mi madre, no supe que hacer, ni que decir en el momento de la violencia, en estos casos no sabemos cómo reaccionar, ya que somos personas vulnerables por el estado en el que nos encontramos, no quiero decir que el embarazo es una enfermedad, si no por los cambios hormonales que estamos pasando. La violencia obstétrica es cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto.

El viernes 24 de junio del 2016, empecé con fuertes dolores abdominales y espasmos con un poco de sangrado, pero no fue hasta el sábado en la madrugada que ya los dolores eran más fuertes. Asistí nuevamente a urgencias en obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social, no más de veinte minutos cuando el doctor dio indicaciones para entrar al cubo de revisión, muy amable se presentó.

“Hola buenas noches soy el doctor Jorge Ibarra Ávalos, soy el ginecólogo de obstetricia, del turno nocturno, ¿Cuál es su nombre?”

Se realiza de nuevo el procedimiento del tacto, me acomodé a la orilla de la camilla y coloqué los pies en los soportes. Sólo le dije los dolores que tenía, antes de realizar el tacto, le dije que no me lastimara mucho, tenía mucho miedo por lo que había pasado unos días anteriores. Se colocó los guantes quirúrgicos y empezó el tacto, no me lastimó, pero fue algo incómodo, al terminar me dijo:

“Todo está bien, estás comenzando el trabajo de parto, son las primeras contracciones, pero no hay dilatación, no tiene caso que te quedes hospitalizada, mejor ve a casa y descansa, cualquier cosa anormal, no dudes en regresar, te dejo cita abierta en urgencias”

Al regresar a casa no tenía idea de lo que estaba pasando, desconocía todos los síntomas del trabajo de parto, no hay personas, familiares, amigos, conocidos, que nos informen acerca de la realidad del parto. Porque no tenemos la cultura de indagar a fondo lo que es un parto y todo lo que acontece el Nacimiento, desde el trabajo, hasta el alumbramiento del bebé, tampoco se fomentan las experiencias que se viven a la hora del parto, ni de las mismas mujeres que han tenido un hijo o varios, regularmente las nuevas madres no son apoyadas con elementos concretos e información real.

La sociedad en general y las mujeres en particular abuelas, madres y amigas, solo se limitan a la celebración de la maternidad. Una mujer por intuición sabe qué hacer cuando el niño viene en camino. Así como los derechos humanos y reproductivos de la mujer.

Llegué con mucho enojo y frustración a casa, lo único que quería hacer era dormir y descansar. Pasó todo el día del sábado y mitad de la madrugada del domingo. Empezaron los dolores abdominales y los espasmos, cada media hora con un dolor muy intenso que me costaba mucho trabajo acomodarme de un lado a otro sobre la cama, me colocaba de cuclillas, pero era un dolor muy insoportable que se dormían hasta las piernas.

Así pasé el resto de la noche con los dolores que en realidad eran las contracciones, a las nueve de la mañana, ya no aguantaba estar en la cama en varias posiciones que hacía, pero no quería acudir al médico por las experiencias que había pasado, las cuales

eran: me regresaría a casa nueva mente, por lo cual mejor medí un baño caliente. Ya no podía moverme y me mantenía agachada.

Mi esposo al verme en ese estado decide avisarle a mi mamá, “Dulce tiene mucho dolor y no ha podido dormir en toda la noche, ya la veo muy mal”

Tomé la decisión de que mi esposo se fuera a trabajar, para no preocuparlo y que, él no tuviera una falta innecesaria y lo peor un descuento en su nómina, ya que ese dinero nos haría falta para el parto. Les dije a mis familiares las siguientes palabras:

“No pasa nada, pero no quiero ir al médico porque estoy segura de que me van a decir, que no tengo nada y me van a regresar a casa otra vez”

Dieron las once de la mañana y el dolor era más intenso que ya no podía mantenerme erguida totalmente, tomé la decisión de ir a urgencias en obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Una vez dentro del hospital me revisaron los signos vitales, que al parecer todo estaba bien. Me dieron una bata para ponérmela en el baño. Pasaron veinte minutos cuando el doctor, me pasó al cubo de observación para revisarme y nuevamente hace el tacto. Cuando estaba realizando el tacto no me dolió ni tampoco tuve incomodidad, al terminar la revisión salió, y entró al cubo un par de veces sin decir ni una palabra, cuando se propuso hablar solo me dijo:

“¿viene un familiar contigo?, ve a dejarle tus pertenencias porque tienes seis de dilatación, te vas a quedar”

En ese momento no sabía de lo que me estaba hablando. Pero sí de dar a luz, al salir de la sala de espera para darle mi ropa a mi madre, le comenté lo que el ginecólogo había dicho, pero no le entendí, cuando dijo que tenía seis de dilatación, por lo que ella me contestó: “son diez de dilatación, tú tienes seis, más de la mitad, ya va a nacer el bebé, le avisaré a tu esposo, para que se regrese del trabajo. No te preocupes todo saldrá bien”

Al regresar a la sala de espera, donde varias mujeres embarazadas esperaban su turno para ser examinadas, me colocaron en una silla de ruedas y me pusieron en los pies, unas botas de tela para que no se me enfriaran. Al pasar unos cinco minutos una enfermera me llevó a la sala de parto, donde me paré de la silla para subirme a la camilla, una vez acostada me colocaron el cinturón para la valoración del monitoreo fetal, mientras

escuchaba los latidos del bebé, una enfermera me colocó en el brazo izquierdo un catéter donde me suministraron suero y medicamento, nunca me dieron información de lo que me suministraban, solo me dijo que era suero, pero yo vi que en el suero inyectaban más sustancias de unos frascos pequeños de cristal y me pusieron oxígeno, para que al bebé no le faltara oxígeno a su cerebro.

Yo, como muchas mujeres que no tenemos información sobre las posiciones para facilitar el parto, no sabía cómo mantener las piernas ni como acomodarlas, en ese momento los mantuve estirados, hasta que un enfermero me dijo como las mantuviera, cuando estaba en la posición adecuada llegaron varios enfermeros y enfermeras, así como ginecólogos, a realizarme el tacto y a esterilizar la zona vaginal. Era un dolor con ardor inexplicable, muy fuerte como si me quemaran, no fue una ni dos veces, era cada diez minutos o cada vez que ingresaban los ginecólogos o los asistentes que entraban a la sala de parto, realizaban el tacto y desinfectaban la zona, llegó un momento en el que quería salir corriendo por que el dolor en verdad era muy doloroso, era una tortura en carne viva.

Más tarde llegó el anestesiólogo y me dijo:

*“¿tiene mucho dolor?, te vamos a poner una anestesia llamada epidural, conocida como la raquea, para que ya no te siga doliendo mucho, Vas a sentir las contracciones con menos intensidad. No le pasará nada el bebé ni a ti. Solo tienes que firmar estas hojas de responsabilidad y que aceptas que te ponga la epidural”*

Ni más ni menos la firmé sin poder leer con atención lo que decía el formato, por el dolor de las contracciones que tenía, me dijo el anestesiólogo:

“Ponte en posición fetal con la cabeza agachada entre las rodillas, vas a sentir frio mientras esterilizó la zona. Posterior mente vas a sentir caliente y un pequeño tipo de ardor. No te muevas”

Empezó el procedimiento de la anestesia epidural. Se desinfecta la piel y se aplica una anestesia local, para evitar el dolor al pinchar la zona lumbar. Luego se inserta una aguja entre la segunda y tercera vértebra, o entre la tercera y la cuarta. Esta aguja penetra en el espacio epidural situado entre las paredes óseas del canal medular y la envoltura de la médula. A través de ella se mete un tubito muy fino y hueco llamado "catéter" que

queda insertado tras retirar la aguja. A través del catéter se van aplicando la dosis de anestesia necesaria mediante una bomba automática de infusión. De esta forma, cada vez que se necesite más anestesia no será necesario volver a pinchar.

Lo más habitual es que tras la aplicación de la anestesia **se sientan las contracciones de manera más soportable**, y las piernas queden con sensación de hormigueo y algo pesadas al movimiento. (Díaz, 2019)

Al poner la anestesia epidural me disminuyó bastante el dolor de las contracciones, pero no cabe duda de que es dolorosa, al acomodarme en la camilla nuevamente y estar abierta de piernas, llegaban de nuevo diferentes personas sin presentarse a realizar el tacto y a desinfectar la zona vaginal, era un dolor y ardor sumamente doloroso. Se me fue la noción del tiempo, mantenía los ojos cerrados todo el tiempo posible. Cuando los abría veía como las compañeras que estaban en la misma sala de parto daban a luz y las retiraban más rápido que a mí. Me puse muy nerviosa porque no sabía cuánto más estaría en la sala, aunque ya tenía la anestesia, seguía con el dolor fuerte pero soportable.

Llegó el momento en el cual los ginecólogos hacían nuevamente el tacto, pero ya no con los dos dedos, metían toda la mano a mi vagina, como si fuera cualquier objeto sin vida y sin valor. Fueron momentos de mucha agonía, ya no pude aguantar más el dolor y sin pensar, salían gritos de mi boca involuntarios por lo cual una persona del sexo masculino me dijo:

“Hay señora, usted grita más de lo que puja. Va a espantar a sus compañeras. Mejor échele ganas porque sus compañeras que llegaron después de usted, ya se aliviaron y ahora están en piso. A ver, puje fuerte cuando llegue la contracción, así, siga, ya mero”

Mientras pujaba, él se retiró sin mencionar otra palabra, pasaron las horas hasta que fueron las cuatro de la tarde y yo seguí pujando, sola y con la luz apagada de mi espacio de la sala de parto, se me fue la noción de lo que estaba pasando, solo pensaba cuánto tiempo faltaría para terminar esta agonía, pensé en un instante que me hicieran la cesárea porque ya no podía más con tanto dolor. De tantos medicamentos que me

suministraron a través del suero, ya no sabía ni quien era, de hecho, no recuerdo muchas cosas que pasaron.

Cuando la enfermera me llevó a la sala de cirugía y me pasaron a otra camilla, se presentó la ginecóloga que estaba en turno en ese momento, sin embargo, no recuerdo su nombre, me acomodé como ellos me indicaron, con la pelvis en la orilla de la camilla, con las piernas de extremo a extremo y con los pies encima de los soportes, hizo el tacto y me dio indicaciones para pujar cuando llegara la contracción. Pujé lo más fuerte que pude unas cuatro veces, pero el bebé no salía, la ginecóloga hizo un corte perineal, sin siquiera mencionármelo. En ese momento sentí el dolor del corte, inmediatamente se lo hice saber porque me quejé, la doctora me preguntó, “¿le duele o solo lo siente?” con una voz muy fuerte y seca. Llegó una enfermera y me puso anestesia en la pierna derecha para que no me doliera mucho. Me volvió a dar instrucciones la ginecóloga para pujar más fuerte y mantener la respiración más duradera que pudiera, pero ni así nació el bebé.

Entre los pujidos y el dolor de las contracciones, por alguna razón el bebé estaba muy arriba, un doctor puso su brazo en mi estómago, haciendo presión para abajo, aplastando mis órganos y para que el bebé ya no se regresará, así se quedó hasta el cuarto pujido y por fin salió el bebé, aproximadamente nació a las 16:37 horas, pesando 3 kilos 135 gramos y midiendo 51 centímetros. Cuando nació, lo llevaron a una mesa pequeña para limpiarlo, levanté mi cara para buscar a mi hijo; Cuando lo miré, fue algo que me alegró el corazón, lo miré un par de minutos, pero en realidad tenía la duda de su sexo, por lo cual le pregunté a una doctora: “¿Que fué enfermera?” sin saber que era doctora, se molestó por lo que dije. Con voz enojada me contestó: “no soy enfermera señora, soy la doctora...” no recuerdo su nombre. Sin embargo, en seguida me disculpé.

Mi opinión acerca de la confusión del personal del sector de salud no es que los confundamos porque uno quiera, simplemente porque no tiene la costumbre o educación de presentarse, ni su nombre, ni su profesión. La pediatra dijo que había tenido un barón muy guapo. Al terminar de limpiarlo lo puso sobre mi pecho, lo miré sin llorar y sin ganas de tenerlo entre mis manos como muchas mujeres lo hacen, pasaron segundos y quería que me lo quitaran, pero nunca dije nada. Tenía mucho dolor, estaba sin fuerza y muy

cansada por las horas que llevaba en labor de parto, sin comer, sin tomar agua y sin poder ver a un familiar, al final se lo llevaron a los cuneros, fue todo lo que supe de mi bebé después de 17 horas, hasta el día siguiente.

Yo le decía a la ginecóloga que ya me dejara, que estaba muy cansada, solo me contestó “Ya casi terminamos solo le estoy colocando el DIU”. Al terminar del proceso de parto me llevaron a la sala de recuperación, permanecí más de una hora, cuando llegó el doctor de turno, me preguntó, “Qué cómo me sentía”; lo único que pude decir fue: “tengo mucha hambre” ya que llevaba veinte horas sin ingerir alimentos. Él se echó a reír y me dijo. “Pues eso quiere decir que está bien”, ordenó que me subieran a piso, recuerdo pasar de camilla en camilla hasta que llegamos a la habitación donde por fin me quede a descansar. En la habitación estaban dos mujeres que también dieron a luz unos días antes. Me pasaron a la cama y me acomodaron para descansar mientras llegaba la cena.

Más tarde llegó la enfermera de turno para preguntarme si quería hacer mis necesidades, le respondí que si, como no podía hacer en el cómodo, sugirió que fuera al baño, al momento de sentarme en la cama, sentí como si algo saliera entre mis piernas y al estar de pie salieron los residuos del parto. Al sentarme en el retrete para realizar mis necesidades fue un ardor muy fuerte, inolvidable, como si estuviera arrojando navajas, tardé un par de minutos para orinar, pero al final todo salió bien.

En la Institución Mexicana del Seguro Social, no hay suficiente equipo para las mujeres que dan a luz, desde batas limpias asta toallas femeninas, papel de baño, jabones, etc. Lo único que alcancé de una enfermera, fueron dos toallas sanitarias y una bata. En la madrugada, una enfermera me quitó el catéter que me colocaron para suministrarme la oxitocina y otros medicamentos desconocidos, así que pude descansar en la camilla, aunque no pude dormir, por el sudor que generé durante el trabajo de parto, por el corte peritoneal, por la incertidumbre de no ver, ni saber de mi bebé, la preocupación de no poder ver a mi pareja, tampoco tuve los medios para darme una ducha, ya que el personal de salud no quiso recibir mis cosas personales por parte de mis familiares.

Al día siguiente llegó una doctora para revisarme, y así poder descartar alguna anomalía, todo estaba bien, desayuné, me bañé con un shampoo que me prestó la compañera de la cama de a lado, después de todo me sentí con mejor ánimo.

Sin duda un buen baño hace la diferencia.

Pero, estaba muy preocupada, pues no sabía nada de mi bebé, nadie te dice dónde está, como se encuentra, donde puedo ir a verlo, era una preocupación muy fuerte, hasta que mi compañera me dijo: “tienes que ir a darle de comer a tu bebé”, en ese momento fue como una luz en mi camino, debido a que mi compañera me explicó dónde estaban los bebés y como podía llegar a ellos. Cuando llegué a los cuneros un asistente me preguntó que, si yo era la 438, le respondí que sí, en sus brazos ya traía a mi bebé, para que le diera de comer.

Algo muy curioso que pasa en las instituciones es, que a las mujeres no las ven como un ser humano que tienen valores y principios, que tienen sentimientos y un nombre. Más bien las ven como un número más a la cuenta, sin respeto, ni dignidad, para ellos, son un objeto al que ven con un signo de pesos o simplemente un número más, Por lo cual, yo simplemente era la 438.

Al ver a mi bebé, todas las emociones que sentía en el momento de parto se desaparecieron cuando pude cargar a mi hijo, con el amor de madre, cuando lo pude tener entre mis brazos, le di pecho para que comiera por primera vez, después de 17 horas de haber nacido y de no poder estar juntos, lo acaricié todo el tiempo que me dieron para alimentarlo.

¿Por qué en las instituciones de salud pública, nos separan de los hijos tanto tiempo?, si los especialistas, mencionan que un bebé se le puede alimentar con la leche materna a la hora de haber nacido. En la antigüedad, la mujer después del nacimiento del hijo, se lo colocaba en el pecho para amamantarlo. Por lo cual ellas se la pasaban comiendo antes, durante y después del nacimiento del bebé.

¿Hasta dónde ha llegado la violencia, el desamor, romper el lazo de la maternidad?, pero también de la paternidad, al excluir al hombre de poder vivir el dolor junto a la mujer, de poder ver todo el trabajo que ellas hacen para dar a luz a un ser, él que lleva un poquito de cada uno de ellos.

En el transcurso del día, fui un par de veces a darle de comer, en las horas de la visita fui con mi esposo, aprovechando que por fin lo habían dejado pasar y después con mi

madre, a ver al bebé sin poder cargarlo, tan solo verlo a través de un cristal, en las horas que tenía permitido verlo, para alimentarlo, asistía simplemente para tenerlo entre mis brazos nuevamente y saber que estaba bien, lo acariciaba y lo besaba para darle fuerzas mientras llegaba el momento de estar juntos e ir a casa. El día llegó, un martes 28 de junio del 2016 a las 15:30 de la tarde, por fin los dos juntos nos fuimos a casa.

Las cifras que se encuentran son alarmantes. *En México 33.4 por ciento de las 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 reportan, haber experimentado violencia obstétrica. Las entidades con mayor incidencia son Ciudad de México (36.5 por ciento), estado de México (36), Querétaro (34.6), Tlaxcala (34.2) y Morelos (33.7) según el instituto nacional de estadística y geografía. (Gómez Mena, 2018)*

No basta sentir mucho dolor a la hora del parto, sino que después, al llegar a casa, la incertidumbre de como criar al hijo, si se llena con la leche materna, si está cómodo, si tiene frío, si duerme bien. Al pasar los días nos fuimos acoplando, le daba pecho a la hora que mi hijo lo pedía. Cuando él dormía, mis senos se llenaban de leche asta sentir mucho dolor y recurría, al tira leche, para poder reducir las molestias, así pasaron también los meses, aguantando el dolor de los senos y las grietas y moretones que el mismo bebé hacia al succionar el pezón para tomar leche.

El tema de mi vida sexual es otro punto a tratar, ya que, con el corte perineal, por el parto vaginal y los tactos frecuentemente que me hicieron, así como también los líquidos que me untaron en la vagina para esterilizar la zona, para que no hubiera bacterias, según los argumentos de los médicos, no dañen al bebé a la hora de nacer. Es muy incómodo y doloroso porque es una zona muy sensible, lloré por el ardor y el dolor que causan los líquidos junto con los tactos a cada instante, sumando el dolor de las contracciones.

Después de 4 meses de dar a luz a mi hijo, quise reactivar mi vida sexual con mi pareja, al momento de la penetración, fue extremadamente doloroso, sentía que se me estaba abriendo nuevamente la herida por el corte perineal y hasta sentí un desgarre, inmediatamente comencé a sangrar y obviamente ya no quise continuar, debido al ardor y dolor que tenía, pensé que probablemente era poco el tiempo que pasó después de la cirugía (teniendo en cuenta que ya había pasado la cuarentena) y que al paso del tiempo se me quitarían todas las molestias. Después de 2 años, puedo decir que ya no hay dolor,

pero si hay sensibilidad, pues de vez en cuando siento una sensación de pinchacitos y mucha sensibilidad.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El INEGI, menciona en sus cifras, acerca de la violencia obstétrica, son las siguientes en la ciudad de México: una de cada tres mujeres vive violencia obstétrica todos los días por parte del personal del sector de salud, (33.4%) de ellas de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron. Entre las situaciones más frecuentes que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto, destacan por su alta frecuencia, las cuales son: Los gritos o regaños (11.2%), Retrasaron su atención "porque estaba gritando o quejándose mucho (10.3%), Era ignorada al preguntar la situación de su parto o de su bebé (9.9%), La presionaron para aceptar algún método anticonceptivo temporal o permanente (9.2%), La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta (9.2%).

Con frecuencia un poco inferior aparece el hecho de que 7% de las mujeres refirieron haber recibido ofensas o humillaciones; en tanto que al 4.8 % se le negó anestesia o algún bloqueo para disminuir el dolor sin recibir explicación; al 4.2 % le colocaron algún método anticonceptivo o esterilización sin previo consentimiento. (Instituto Nacional De Las Mujeres, 2019)

Con este trabajo quiero dar a conocer y visibilizar un tema de mayor importancia, que para muchas mujeres es significativo, pero también hay mujeres que no conocen lo que es la violencia obstétrica o violencia de género, desde hace varios años el personal de salud ha violentado con mucha brutalidad a la mujer, por el simple hecho de dar a luz a un nuevo ser.

Tenemos que visibilizar el tema de la violencia obstétrica a la población mexicana, ya es momento de detener la violencia contra la mujer; en el país muchas mujeres son violentadas, agredidas y en muchos casos hasta la muerte han llegado; en el caso de la violencia en el parto, se ha perjudicado no solamente a la madre, sino al recién nacido también. En varios casos el bebé o los bebés también son violentados, maltratados y en ocasiones llegan a morir al igual que la madre. También se muestran los tipos de violencia

obstétrica que existen, los cuales son los siguientes, se puede identificar como la violencia física, psicológica, de género, violencia verbal, violencia a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Es importante reconocer que el diseño e implementación de programas para mejorar la salud reproductiva de las mujeres, debe basarse en el respeto de los derechos humanos; considerando que es necesario promover una cultura médica con perspectiva de género y de respeto a los derechos humanos. La violencia de género es uno de los problemas de mayor impacto en México, ya que por años ha existido el patriarcado, el machismo, que se basa en hacer sumisa a la mujer, decidiendo por ellas, cuántos hijos tener, como vestirse, no trabajar fuera de casa, no competir con el esposo, no tomar decisiones propias, entre muchos otros ejemplos.

Se debe transitar a un modelo de atención del parto respetuoso y seguro, en el que se dé oportunidad al nacimiento natural, que las mujeres sean informadas y se involucren en cada momento del parto, con una visión intercultural y tengan acceso a la atención resolutiva en el caso de una emergencia obstétrica. En ese sentido, la educación y la salud constituyen un binomio poderoso a partir del cual debemos apoyarnos para empoderar a través de la información sobre los derechos humanos y reproductivos desde la niñez, para ser mujeres transformadas en ciudadanas con información de sus derechos para ejercer un parto libre de violencia.

Por otro lado, durante la formación de las personas que brindan sus servicios médicos deberán tener un trato digno y humanizado en las personas que atienden, por el simple hecho de tener ética y moral con valores y principios y así poder ver a la otra persona como uno mismo, ser muy transparentes, para que la sociedad fluya y evitar todos los tipos de violencia que existe en el país y por qué no también en el mundo.

Por años la mujer ha sido catalogada como objeto y débil sin poder tener opinión en casa, en el trabajo ni mucho menos a decidir en su propio cuerpo, la sociedad tiene que decidir cómo, cuándo y cuántos hijos tener.

El estado debe hacer efectivo y eficaz el acceso a la salud con la población mexicana, garantizando desde infraestructura, insumos, suministros, calidad y bebé procurar que

personal que otorgue sus servicios sea en condiciones laborales dignas, en el que su objetivo vaya más allá de cumplir las cuotas institucionales a las que se ven forzados para alcanzar la productividad, burocratizando la atención.

El conocimiento de la realidad de la violencia obstétrica es indispensable a través de un registro continuo de los hechos. En ese sentido, deberá promoverse el diseño de estrategias para un sistema continuo de registro de los incidentes ocurridos, en el ámbito de la violencia obstétrica y llevar el control y el seguimiento de la mejora de la calidad en los servicios de gineco-obstetricia.

Para ello, además de la implementación de un sistema de información que asegure buenas coberturas, en el registro de hechos y permita conocer la magnitud y frecuencia de los problemas, es también necesario monitorear algunos conceptos haciéndolos objetivos y prácticos en su registro y seguimiento, trabajando en la información indicada, apropiada y estableciendo los pasos a seguir en el monitoreo de los resultados.

La violencia obstétrica es un tema muy importante en la salud pública, pero lamentablemente hay muchas mujeres mexicanas que viven estos abusos sin darse cuenta, hay muchos casos en los que la mujer da a luz en los pasillos, en las salas de espera, en sus hogares (debido a que el médico la regresó a casa, “*aún le falta señora*”), en la calle, en un auto, en el mismo elevador del hospital, etc. Lo que se quiere dar a conocer con este tema es que hay más alternativas para dar a luz en buenas condiciones y recibir a un nuevo ser sin haber tenido algún tipo de violencia o inconformidad.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres de la Ciudad de México viven todos los días, violencia de género, incluso en el embarazo, al no tener los espacios adecuados para dar a luz, en los sectores de salud público y privados, por años se ha ofendido a la mujer, toda acción u omisión durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

El personal de sectores de salud, violenta a la mujer de forma física, psicológica, abusan de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos al decidir por ellas, por ejemplo: cuantos hijos tener, realizando cesáreas innecesarias, colocando el dispositivo

intrauterino (DIU) sin su consentimiento, incluso esterilizarlas por completo frecuentemente.

*“En México 33.4 por ciento de las 8.7 millones de mujeres que tuvieron al menos un parto entre 2011 y 2016 reportan haber experimentado violencia obstétrica. Las entidades con mayor incidencia son Ciudad de México (36.5%), Estado de México (36%), Querétaro (34.6%), Tlaxcala (34.2%) y Morelos (33.7%)” (Gómez Meana, 2018)*

Las manifestaciones más comunes de este tipo de agresión son los gritos o regaños, retraso en la atención por quejas de la afectada, ser ignorada, presión para aceptar un método anticonceptivo o esterilización, posiciones incómodas, las prácticas masivas y suministro injustificado de medicación, la negativa de tratamiento o aplazamiento de la atención médica, no respetar los tiempos del parto, los regaños, burlas, insultos, manipulación de la información y la falta de respeto por la privacidad de las mujeres.

No hay como tal, cifras de la violencia obstétrica en la ciudad de México, por lo cual, las mujeres no tienen información, muchas de ellas no saben que existe la violencia obstétrica, no conocen sus derechos humanos y reproductivos. Esto permite que se llegue a la extrema violencia.

En la Ciudad de México, la mujer enfrenta serios obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos, que van desde, la discriminación en el acceso y la negación de los servicios de salud obstétrica, hasta la atención deficiente en la prestación de los servicios debido a problemas estructurales en los sistemas de salud, como infraestructura insuficiente y la falta de capacidad de las clínicas y hospitales públicos, federales y locales, para atender partos y urgencias obstétricas, así como los procesos de enseñanza para el personal médico que favorecen una visión autoritaria que fomenta el maltrato y en la que las opiniones de las mujeres no son tomadas en cuenta durante los procesos obstétricos.

Aún no se ha resuelto el problema, ni mucho menos hay una sanción al personal de salud por violencia obstétrica a mujeres mexicanas, aunque hay reglamentos y leyes acerca

del tema, no se toman en cuenta y hacen caso omiso. Hasta el día de hoy no hay una solución del gran problema que las mujeres mexicanas viven todos los días.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

Analizar los testimonios de mujeres mexicanas que vivieron violencia obstétrica, a la hora del parto de sus hijos, en las instituciones de salud por parte del personal que brinda sus servicios médicos, desde un enfoque de promoción de la salud.

### 4.2 Objetivos específicos

- Analizar los testimonios de las mujeres que fueron violentados sus derechos humanos y reproductivos durante el parto.
- Comparar los testimonios de las mujeres con la norma oficiales y leyes establecidas sobre la violencia obstétrica. (contemplar una vida libre de violencia)
  - . Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia
  - . Ley general de salud en materia de violencia obstétrica.
- Fomentar los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia sexual y reproductiva.
- Proponer alternativas para concientizar al personal de salud, así mismo a la mujer, sobre la violencia obstétrica, de género, sexual y reproductiva.

## 5. METODOLOGÍA

Esta investigación tiene la importancia que tiene el tema de la violencia obstétrica en la ciudad de México, se decidió aplicar una metodología cualitativa. En cuanto al instrumento de investigación se optó por la entrevista a profundidad, para que las mujeres expresaran su sentir acerca de la situación que vivieron en el proceso de gestación y sobre todo en el proceso del parto, donde se vivió más la violencia obstétrica.

Para la presente investigación, se obtuvo la participación de mujeres que vivieron violencia obstétrica a la hora de parto en la ciudad de México en hospitales públicos, como es el caso de Rosalba de 35 años y de María de 21 años, no es un tema como cifras porque no es un tema visible que se puedan contar las mujeres que fueron violentadas, sino más bien con testimonios que narran sus experiencias íntimas de vida la hora del parto. Estas experiencias que viven las mujeres son vidas íntimas y hay mayor peso porque valen más que muchos números que la mayoría de las personas quieren ver.

Para mí son más importante e interesante las historias de vida de las mujeres que contaron sus anécdotas no como preguntas sino dejar que ellas fluyan, dejar que ellas recuerden sus experiencias dolorosas. Para obtener los testimonios se eligieron a 5 mujeres de la ciudad de México, las cuales son amas de casa, estudiantes y/o profesionales, de diferentes edades que van de los 21 a los 35 años.

Cada una de las mujeres contó la experiencia que vivió en la sala de parto y como ellas mencionan, (*No tuve a mi hijo, me tuvieron a mi hijo*). En lo personal busqué a las mujeres para invitarlas a contarme su experiencia, para poder escucharlas, se agendaron los días y un horario adecuado donde ellas tuvieran el tiempo y la disponibilidad, ya que la mayoría de ellas tienen que salir a trabajar o estudiar y otras trabajan desde casa.

Una vez llegado el día de la cita, personalmente acudí a su domicilio para realizar el testimonio, cabe mencionar que cada una de ellas me brindó su hogar con mucho cariño y amor, así que entré con una gran humildad y respeto. Una vez estando dentro del hogar pedí permiso para realizar la entrevista y también para poder grabar el audio de su testimonio.

Cada una de las mujeres testimoniales, apostaron muchas cosas que ni ella se acordaban, como en el proceso de dar a luz, y estar en un cuarto oscuro y muy frío, que al estar allí les venció el sueño y por la anestesia con medicamento de oxitocina mucho más, al despertar no se acordaron de varias cosas como, si su hijo respiraba o no dentro de ellas, ya no tuvieron noción del tiempo.

De esta forma, se observa, describe e interpreta una particular situación de realidad institucional en las mujeres de la ciudad de México. Así, los datos cualitativos consisten por lo común en la descripción profunda y completa de eventos, situaciones, imágenes mentales, percepciones, experiencias de las personas ya sea de manera individual o colectiva.

El análisis de datos corresponde a una parte del proyecto de investigación. Se enfoca en conocer, de voz propia de la mujer, cuáles son las mayores dificultades que se anteponen en el proceso del parto. Se identificaron las dimensiones de los obstáculos reconocidos por las mujeres y que repercuten en su vida personal para generar un plan remedial antes, durante y después del parto para evitar la violencia obstétrica.

Para concretar este trabajo de investigación se recabó información de las leyes y normas de la salud, así como también algunos Artículos de las mismas normas, para comparar lo que está escrito en un papel y de lo que en realidad viven todos los días las mujeres mexicanas al dar a luz.

También sé los planes de salud para este comparativo, norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, puerperio y de las personas recién nacidas, derechos a la maternidad, algunos datos estadísticos de violencia obstétrica de otros países como, Chile, Argentina y Venezuela. Así como varias opiniones y teorías de autores que hablan de las mujeres parteras, del parto en especial, como el autor Michel Odent, en sus libros: Nacimiento Renacido, El bebé es un Mamífero, La vida fetal, La cesárea, El granjero y el obstetra.

También se tocaron conceptos de los autores para la comparación de salud, así como Cristina laurel, Carta de Ottawa, entre muchos otros, también se tomaron conceptos de algunas definiciones para identificarlo. Para la realización del contenido del trabajo se

recopiló un poco de la historia del parto en México, así como sobre las parteras y como se fue cambiando el proceso de parto en casa hasta llegar a una institución de salud y caer en manos de médicos.

Esta tesis es un trabajo comparativo, pero también es para visibilizar el maltrato sutil hacia la mujer antes, durante y después del parto. Por una parte, lo que mencionan las leyes, normas, autores y la misma historia de México, y lo que dicen los testimonios en su derecho de la salud reproductivo y sexual.

En ese caso las historias de vida de las mujeres, así como también la historia que viven las mujeres en las instituciones de ginecología y obstetricia y cómo se fue cambiando la estructura del parto en casa, con intimidad, respeto, amor y rodeada en familia sin procedimientos quirúrgicos, a un parto institucional de salud en una sala fría, con muchas personas desconocidas alrededor, con las piernas abiertas expuestas a muchas miradas extrañas, viendo a la mujer como un número más, perdiendo la identidad, el nombre que se les otorgó a las madres al nacer, despojadas de sus pertenencias, estar sola con mucha incertidumbre al no saber qué va a pasar, así como estas mujeres contaron su historia en la que narraron haber vivido violencia obstétrica a la hora del parto, esta violencia que no se ve, que no se habla, que no se mira, pero siempre está presente en cualquier momento.

### **5.1 Testimonio como aproximación en la violencia obstétrica**

Definición de testimonio:

*“Hablar de testimonio supone, implícita y necesariamente, la preponderancia del individuo –como sujeto de análisis- sobre la colectividad, es decir el sujeto individual como actor de los hechos reconstruye, de forma particular, su propio pasado dentro de los marcos sociales en los que se desenvuelve. Surge así el interés por las autobiografías, las historias de vida, los diarios y los testimonios entre otras tantas formas editoriales de reconstrucción del pasado individual. Hay dos maneras de comprender el testimonio. La primera de ellas sugiere entenderlo como una relación que se da entre dos sujetos, uno que narra los hechos de los cuales ha sido testigo y*

*otro que escucha el relato del primero, aquí hay una relación de exterioridad con la cosa narrada. La segunda forma refiere a la acción misma del sujeto, producida en un tiempo pasado y que hoy decide contar como prueba de su convicción, como expresión de su vida, mostrando con ello una relación de interioridad con las acciones de una existencia”*

En el Artículo de Monge Lezcano, Fiorella, menciona el autor Bustos, *“la centralidad del testigo y el testimonio en las ciencias sociales y humanidades contemporáneas proviene de la mutación epistemológica que hizo posible el ‘retorno del sujeto”* (Villagómez, 2011)

El testimonio del sobreviviente relata una experiencia, *su* experiencia del terrorismo de Estado, de la que deviene un "saber" de eso que sólo *a posteriori* designamos como "terrorismo de Estado", pero que él reconoce como terror específico, inscrito sobre su cuerpo de manera cuidadosa y sistemática, mediante la tortura. El conocimiento de ese poder lo atraviesa, aunque no encuentre "categorías" para nombrarlo teóricamente, tal vez porque la experiencia excede siempre a su propia conceptualización. Pero aun así sabe, sabe de otra manera y sabe otras cosas que quienes encuentran el nombre que finalmente designa el fenómeno, sin haberlo experimentado. ¿De qué clase de saber se trata? Abordar esta cuestión nos remite a una discusión eminentemente epistemológica, que consiste en analizar la relación que existe entre experiencia y conocimiento. (Villagómez, 2011)

Decíamos que el testimonio es una construcción reflexiva de una experiencia particular, la del sobreviviente, con capacidades distintas de descripción e interrogación, según sea el caso. No da cuenta más que de esa experiencia y no tendría por qué hacerlo; ése es su sentido. El testigo atestigua desde su presencia en el lugar de los acontecimientos. El conjunto de los testimonios, no obstante, permite establecer "verdades" jurídicas y, de alguna manera, "asistir" a los acontecimientos relatados, desde el lugar de la víctima.

Ese sujeto, al que se refiere el autor Bustos, es un narrador en primera persona, quien otorga voz pública a las personas. De esta forma, mediante el relato oral, el investigador social logra obtener la declaración de una persona o personas mediante

un discurso histórico del recuerdo. Además, el testimonio aparece como una estrategia historiográfica en la cual el historiador, o bien el investigador social, se sirve del pasado histórico analizándolo, reconstruyéndolo e interpretándolo como una prueba para inferir los hechos expuestos por un testigo.

Este desarrollo de la historia oral, que podemos denominar interpretativo, se dirige a comprender de qué modo los sujetos sociales interpretan su mundo social a través de los testimonios orales.

La temática giró en torno a la verdad en este trabajo de tesis y la calidad de los testimonios al contar su experiencia de vida, a la hora de parir. En esta entrevista participaron mujeres de la ciudad de México, de diferentes edades. De esta forma, se realizaron las entrevistas con el amor de madre, pero también con mucho dolor en sus recuerdos.

Estas mujeres me permitieron entrar en sus recuerdos para que este trabajo de tesis tenga más peso, porque son vivencias reales y no ficticias, donde se puede ver y sentir la violencia obstétrica que vivieron los testimonios y hasta el día de hoy no han sanado.

Es muy importante recalcar que el lector no entiende el mensaje y lo interpreta de acuerdo con su visión propia de mundo. El lector, como receptor, interpreta el texto, lo analiza y forma parte del relato al imaginar los hechos que está leyendo. La función del lector consiste en darle crédito a lo narrado, o bien, fortalecer lo leído con argumentos válidos, en este caso, las historias de vida de estos testimonios.

Se recapitula el término testimonio, que ofrece diferentes acepciones según el contexto al que corresponda:

- Materia legal o jurídica para exponer entre otros abusos de poder.
- Elemento fáctico y de conciencia.
- Elemento narrado en primera persona (con voz pública).
- Soporte biológico del pasado a manera de prueba histórica.
- Contraste entre veracidad y ficción a partir del grado de objetividad versus el carácter subjetivo y solidario.

- Técnica de investigación cualitativa. A nivel cualitativo, que resulta de interés en este trabajo de investigación, el testimonio se emplea como técnica de investigación social cuyo objetivo radica en identificar factores causales que inciden en la vida cotidiana y en el entorno de las mujeres.

El investigador requiere conocer la historia de vida de las mujeres gestantes que se encuentran vulnerables, y se requiere conocer el entorno de los tratos contra la mujer, como en los hospitales, metodologías y, sobre todo, los testimonios de las mujeres, el personal de salud (enfermeras, médicos, parteras). El bienestar o las inquietudes que puedan surgir dentro del proceso ubican a uno en la posición del otro. Entonces, comprender la alteridad invita a la reflexión y a la capacidad de mejoramiento continuo, como se menciona en la propuesta del promotor de salud. Vale la pena, por tanto, cuestionarse, ¿trascenderá la voz testimonial de las mujeres sobre la violencia obstétrica?, ¿se valora lo dicho por las mujeres que son violentadas en el parto?, ¿se considera a la mujer como un sujeto o un objeto cognoscente?, ¿prevalece aún la palabra como monopolio de la mujer? y, finalmente, ¿hasta dónde se consideran pertinentes y relevantes las inquietudes de las mujeres en el proceso del parto?

Por último, una construcción histórica que dé cuenta de las deudas con el pasado, reclama la apertura del discurso académico, e incluso su puesta (momentáneo), para darle un lugar a las voces de los actores, a sus prácticas y a los sentidos que enuncian. Sin renunciar a la construcción propia de las ciencias sociales, que es parte de su responsabilidad, parece necesario abandonar la postura de calificación y jerarquización de los saberes, como otra parte de su propia responsabilidad. En este contexto, la apertura implica articularse con otros saberes en lugar de oponerlos, reconociendo el enorme valor de los trabajos de la memoria para la construcción de un relato histórico en el que la densidad de lo vivido en el pasado permita cierta "iluminación" del futuro.

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?

*“La OMS dice que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, del parto, su puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”* (Galimberti, 2015)

*“La violencia obstétrica se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres”* (Instituto Nacional de Salud Pública, 2019)

*“Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”* Argentina, ley de parto humanizado (Galimberti, 2015).

### 6.2 Ley general de salud.

En la ley general de salud se mencionan varios Artículos que nos ayudan a comprender los derechos de las mujeres y al recién nacido, como el derecho a la protección de la salud, Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes entre otros.

*ARTÍCULO 2o. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la*

población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

*ARTÍCULO 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social.*

*ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes.*

*ARTÍCULO 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.*

*ARTÍCULO 33. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.*

*ARTÍCULO 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares ( El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, 2016)*

### **6.3 Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.**

*“La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAM por sus siglas en inglés), y a nivel nacional en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, los cuales te protegen de cualquier tipo de violencia, tanto en el ámbito público como el privado, incluyendo la violencia obstétrica” (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2017)*

Como bien sabemos la violencia obstétrica es, cuando una mujer es violentada antes, durante y después del embarazo con agresiones físicas, mentales y emocionales, por el

personal de los sectores de salud públicos o privados, pero no solamente se vive en México, también en algunos países, como en el caso de Argentina, al presentar esta violencia contra las mujeres embarazadas decide ejercer leyes del parto humanizado, así como su definición. *“Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”* (Galimberti, 2015)

La violencia obstétrica también es violencia de género, violencia contra la humanidad, es terrible imaginar en que condicione sale la madre, el bebé y la misma familia después de tanta agresividad brutal, por unos instantes llego a la reflexión, ¿cómo serán los niños del mañana?, si desde que nacen son violentados. Llegará el día en que no importe nada, ni exterminarnos nosotros mismos como humanidad. Si no es que ya lo estamos haciendo. Estamos perdiendo tanta sensibilidad como, por ejemplo: el amor, cariño, respeto, tolerancia, humildad, y empatía al dolor ajeno.

La ley general menciona diferentes Artículos donde se muestra que ninguna mujer debe ser violentada de ninguna manera, ya sea físicamente, mentalmente, emocionalmente, psicológicamente, ni mucho menos en la etapa del embarazo, aunque la misma mujer grite, llore, lamente, etc. La mujer, tiene la libertad por naturaleza de pasar por varios sentimientos y dolor, un parto no es cualquier cosa, ya que anatómicamente cambia el cuerpo, se abren los huesos de la cadera, así como la parte íntima de la mujer, conocida como dilatación, las glándulas mamarias empiezan a almacenar calostro antes y después del parto para amamantar al bebé. Es una etapa de vida para muchas mujeres que pasan ese procedimiento, es válido que tengan cambios emociones diferentes, así como gritar y llorar.

#### **6.4 Derechos a la maternidad.**

En la actualidad y en muchos países del mundo contando a México, existen legislaciones para la maternidad y paternidad del dos mil catorce según la ley general de salud, se menciona que en la relación con la protección de la maternidad han sido las mismas normas las cuales son: preservar la salud de la madre y el recién nacido, habilitar a la mujer para que pueda cambiar satisfactoriamente su rol reproductivo, promover el

principio de igualdad de oportunidades y del trato entre las mujeres y los hombres, mediante la protección para la trabajadora embarazada y las que acaban de dar a luz, prevención de la exposición a riesgos de seguridad y salud durante el embarazo y después del mismo, derecho a una licencia de maternidad (incapacidad).

Hoy en día muchos países cuentan con leyes de maternidad, pero también cuentan con la responsabilidad familiar incluyendo a los padres, ya que ellos forman un papel muy importante en las atenciones que requiera la madre y del recién nacido, sin mencionar el contacto humano de hijo al padre y del padre al hijo.

La licencia de maternidad en México, se le otorga a la mujer, cuarenta días antes de dar a luz y cuarenta días después del parto, esto equivale a 12 semanas de licencia de maternidad, por las leyes establecidas como también las prestaciones pecuniarias: diversidad de situaciones, estar conforme con el convenio núm. 183, la prestación pecuniaria pagada durante la licencia de maternidad, debe ser una cantidad equivalente al menos a dos tercios de las ganancias anteriores de la mujer o una cantidad comparable ,si se utilizan otros métodos para determinar las prestaciones en efectivo y prolongarse como mínimo durante 14 semanas.

El principal rector general es que la cuantía de las prestaciones debe establecerse en un nivel que garantice a la mujer y a su hijo, condiciones de salud apropiadas y un nivel de vida adecuado.

Como lo son: olvidar la lactancia en el trabajo y el cuidado infantil, la lactancia materna contribuye a la salud de la madre y del recién nacido. Después del parto, muchas mujeres se enfrentan a la posibilidad de la pérdida del empleo y de los ingresos, y no pueden permitirse interrumpir el trabajo para alimentar al recién nacido, ya que, en el lugar de trabajo no hay ayuda para la lactancia, la actividad laboral y la lactancia son incompatibles. Las interrupciones para la lactancia forman parte de las normas internacionales sobre protección de la maternidad desde muchos años atrás.

La vigencia del derecho a interrupciones remuneradas para la lactancia también es fundamental para que las mujeres puedan amamantar según sus preferencias, y de conformidad con las recomendaciones de la OMS. Lactancia natural exclusiva durante

los primeros seis meses de vida del recién nacido, y lactancia materna combinada con alimentos hasta los dos años o más.

Por lo tanto, en el lugar dónde trabaja la madre, por ley tiene que salir una hora antes de su jornada laboral, para amamantar al hijo o hija por lo menos hasta los veinticuatro meses, cuando el pequeño ya come comida sólida para completar sus alimentos.

### **6.5 Norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.**

Las normas oficiales mexicanas, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacido (NOM-007-SSA2-1993) desde el año 1995, se estableció para la atención a la mujer durante el proceso de todo su embarazo hasta después de dar a luz e incluso al recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación del 6 de octubre del mismo año.

Se menciona en la Norma Oficial Mexicana, que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos. Pero esto en realidad no se ejerce ya que hay una cosificación, en otras palabras, es un recurso que consiste en degradar a seres humanos transformándolos en cosas o mirándolos como si fueran cosas. (Secretaría de Salud, 2018)

No se les atiende con respeto ni mucho menos con amabilidad, aunque existen normas oficiales mexicanas que validan el respeto ajeno para la mujer embarazada, no hay ninguna persona que los monitoreé durante la práctica, esto se ve claramente en los

institutos de salud, no hay orientación, organización de parte del personal de salud, hacen caso omiso a las normas oficiales y de los Artículos en general.

En la Norma Oficial Mexicana, para la mujer embarazada, menciona el Artículo 27, fracción III de la Ley General de Salud y los Artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, “se firmó el *Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes*” (Secretaría de Salud, Ministerio de Salud, 2018)

Violencia obstétrica en América latina: En el Artículo la violencia obstétrica en América latina menciona, el caso de algunos países como en el caso de Venezuela, Argentina, Chile y México, donde han establecido reglamentos que pretenden enfrentar directamente esta forma de agresión con la mujer, ya que hay muy pocos países con regulaciones que pretenden enfrentar el fenómeno de la violencia obstétrica.

#### 1. Venezuela

Regulación de la violencia obstétrica en Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Esta ley reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer, considerándose por entonces que la violencia obstétrica era la de regulación más novedosa. En cuanto a dicha forma de violencia, se tratan esencialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción.

En cuanto al concepto, la ley expresa lo siguiente: “*Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y*

*capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*

*Se constató que el 66,8% declaró actos médicos sin consentimiento y un 49,4% declaró trato deshumanizante. Además, solo un 20,5% reportó atención libre de violencia. Otra investigación, esta vez desarrollada durante el 2012 en un establecimiento de salud diferente y publicada el 2015, indica que el 26,3% de las mujeres encuestadas sostuvieron haber sido objeto de violencia obstétrica. De ellas declaran “no haber sido tomadas en cuenta ni haberseles informado de manera suficiente en el 65,6% de las pacientes sobre los procedimientos médicos o quirúrgicos a los cuales fueron sometidas” (Díaz García, 2018)*

*“En lo relativo a la información con que cuentan las pacientes, el primero de esos estudios reporta que sólo el 27% conoce el término violencia obstétrica y solo el 19% sabe dónde denunciarla. Y agrega: “A 6 años de la puesta en marcha de la ley solo un pequeño grupo de mujeres posee la información que le permita empoderarse en su salud sexual y reproductiva. La segunda de las mencionadas investigaciones pudo “constatar la dificultad que tienen las mujeres para identificar un trato inadecuado, así como tampoco conocen (80,1. %) ¿Cuáles son los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia obstétrica? Es probable que aquella dificultad para identificar un trato inadecuado explique en parte el bajo porcentaje de mujeres que declaran haber sido objeto de violencia obstétrica, en comparación con la investigación mencionada en primer lugar” (Díaz García, 2018)*

Estas cifras se mencionan en la ley de salud de Venezuela, donde muestra claramente que hay leyes escritas para evitar la violencia contra la mujer, pero tampoco hay un monitoreo donde sigan las indicaciones de atención a las personas de sexo femenino, para evitar los abusos de parte del personal de salud.

## 2. Argentina

Regulación de la violencia obstétrica en Argentina.

*“Ley de Parto Humanizado. Aunque no define qué se entiende por violencia obstétrica, establece una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Entre ellos se mencionan los derechos a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser tratada con respeto, cautelando su intimidad y considerando sus pautas culturales, a ser considerada una persona sana, al parto natural, a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y otros que tienden a asegurar su autonomía jurídica. Esta ley es complementada por un reglamento, que latamente prescribe las acciones que deberá ejecutar el personal de salud al objeto de dar cumplimiento a lo establecido por la Ley de Parto Humanizado” (Díaz García, 2018)*

*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Al igual que en el caso de Venezuela, este texto normativo define las diferentes modalidades de violencia de género.*

*En cuanto a la violencia obstétrica, la define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”<sup>3</sup>. El reglamento que complementa este texto legal define trato deshumanizado como “el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no”.*

*En cuanto a las medidas o sanciones frente a la violencia obstétrica, el Artículo 6° de la Ley sobre parto humanizado se limita a prescribir que: “el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios”.*

*El nivel de las políticas públicas, desde el año 2009 se ha comenzado a implementar las denominadas Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Se trata de un paradigma*

*organizacional que, en esencia, transforma a los padres y familia en coprotagonistas del proceso de embarazo, parto y puerperio, y estimula el respeto y protección de los derechos de la mujer que se encuentra en dichos contextos” (Díaz García, 2018)*

### 3. Chile

*“Regulación de la violencia obstétrica en Chile. - Chile carece de una legislación que enfrente de manera directa el grave fenómeno de la violencia obstétrica. Sin perjuicio de aquella afirmación, resulta conveniente revisar ciertas normas de la Ley 20.584 y de sus reglamentos que parecen presentar vinculación con dicho problema. Adicionalmente, y para una mejor ilustración, conviene revisar el único proyecto de ley en actual tramitación parlamentaria que pretende hacer frente a esta forma de agresión contra la mujer. Por último, se hará referencia a la lex artis médica y su incidencia en la violencia obstétrica.*

*Al respecto, se debe destacar que se trata de una iniciativa que “busca consagrar los derechos de las mujeres en relación con el trabajo de parto, el parto y el postparto”. En dicho proyecto se define la violencia gineco-obstétrica. Pese a la relevancia de esta iniciativa, desde la fecha de su presentación (enero de 2015) no ha tenido avance alguno. Los últimos años, que el Instituto Nacional de Derechos Humanos ha cifrado para el año 2015 en un 40,9% del total de partos atendidos en el sector público y en un 69,0% del total de partos atendidos en el sector privado. Al respecto se debe recordar que, según se indicó más arriba, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que las cesáreas no excedan del 15% del total de partos.” (Díaz García, 2018)*

### 4. México

*“Regulación de la violencia obstétrica en México. - En México existen dos órdenes de regulaciones relacionadas con la violencia obstétrica. Una de ellas es de carácter federal y la otra es de nivel estatal.*

*El estado federal cuenta, desde el año 2007, con la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Su objetivo es, según declara el Artículo 1° de la misma, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Aunque este texto*

*normativo carece de una referencia específica a la violencia obstétrica, en sus Artículos 6to y 18 define otras formas de agresión relacionadas con aquella: la violencia psicológica, la violencia física y la violencia que proviene de agentes del estado y que se denomina violencia institucional. A nivel federal no existe una regulación específica para la violencia obstétrica, aunque existe un proyecto de ley para sancionarla.*

*A nivel estatal sólo diez de las treinta unidades federadas que constituyen el estado federal han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Se trata de los estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo.*

*Como en todos ellos el concepto de violencia obstétrica es similar, a continuación se reproduce sólo una de esas definiciones: “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad” (Díaz García, 2018)*

*Siempre a nivel estatal, tres de las unidades federadas de México han establecido el delito de violencia obstétrica: Chiapas, Veracruz y Guerrero. Es interesante constatar que las opciones legislativas de cada uno de ellos han sido diferentes. En efecto, el estado de Chiapas tipifica el delito a partir de su definición y, además, a partir de un listado de conductas que equipara a la violencia obstétrica.*

*El estado de Veracruz, por su parte, opta por prescribir que comete el delito de violencia obstétrica quien incurre en alguna de las conductas que señala. Por último, el estado de Guerrero tipifica el delito a partir de una definición de violencia obstétrica. En todos los casos se establecen penas privativas de libertad y multas, y en el caso de Chiapas, se añade la suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual, con independencia de las lesiones causadas.*

*En cuanto a la ausencia de políticas de calidad de los servicios de salud, un estudio que analizó la percepción de mujeres atendidas en el año 2012 en dos hospitales del estado*

*de Morelos permitió concluir que el 19,34% sostuvo haber sido víctima de violencia verbal, un 7,61% de violencia física y un 29,10% de violencia total. Evaluando otra manifestación de violencia obstétrica, esta vez de carácter psicológico, el mismo estudio reveló que el 98% de las mujeres declaró que habían sido objeto de 5 tactos vaginales en promedio, con un mínimo de uno y un máximo de 20 de tales procedimientos durante su proceso perinatal” (Díaz García, 2018)*

Aquella formación jerárquica y autoritaria es la que probablemente, genera resistencias entre los médicos mexicanos hacia los procedimientos de parto humanizado que se han intentado incorporar en el país.

### **6.6 Atención materno-infantil en México de la ley general de salud.**

Estos Artículos de la ley general de salud son importantes para las personas y los recién nacidos, ya que dependen del crecimiento y desarrollo de cada etapa de sus vidas garantizando una vida sana y plena, a pesar de las condiciones en las que se encuentren, el personal de salud tienen el deber, de respetar al pie de la letra las leyes y normas respecto a los Artículos que están escritas para una mejor atención de las mujeres, las mujeres tienen que valer sus derechos humanos, reproductivos y sexuales. Por lo cual se mencionan los siguientes Artículos de la ley de atención, materno-infantil en México de la ley general de salud.

*Artículo 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, 2009)*

*25 II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual; III. La promoción de la integración y del bienestar familiar. (Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, 2009)*

*26 IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento.*

*Artículo 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.*

*Artículo 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.*

*Artículo 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materna infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán.*

- 1. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;*
- 2. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;*
- 3. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y*
- 4. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.*

*Artículo 65. Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán.*

*Artículo 66. En materia de higiene escolar corresponde a las autoridades sanitarias establecer las Normas Oficiales Mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.*

*Artículo 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes.*

*Artículo 68. Los servicios de planificación familiar comprenden: I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de*

*planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.*

*Artículo 69. La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.*

*Artículo 70. La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.*

*Artículo 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional. (Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios, 1984)*

En el Artículo 77 Bis, de la ley general de salud menciona algo muy importante donde, se validan las atenciones, opiniones y descende de los pacientes a la hora de ingresar a un hospital o a una institución de salud, así también como a sus derechos de salud y reproductivas.

*Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el Artículo anterior, los siguientes: I. Recibir servicios integrales de salud; II. Acceso igualitario a la atención; III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad; IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud; 27 V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud; VII. Contar con su expediente clínico; VIII. Decidir libremente sobre su atención; IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente*

*informado y a rechazar tratamientos o procedimientos; X. Ser tratado con confidencialidad; XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; XII. Recibir atención médica en urgencias; XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica; XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban; XV. Presentar quejas ante los regímenes estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida (Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios, 1984)*

#### **6.6.1 Ley de identidad de género.**

En la ley de identidad de género de las mujeres se pueden observar los Artículos más importantes que protegen a los Derechos Humanos de las personas, como bien los menciona en el Artículo uno de la misma ley, derecho a la identidad de género, así como toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;*
- b) Al libre desarrollo de persona conforme a su identidad de género;*
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.*

*Artículo 2. Definición. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello, sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.*

*Artículo 11.- Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de dieciocho años de edad, podrán conforme al Artículo 1º de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género auto percibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la 12 intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial.*

*En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad, regirán los principios y requisitos establecidos en el Artículo 5º para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la convención sobre los derechos del niño y en la ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.*

*La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad. Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce. Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el plan médico obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.*

*Artículo 12.- Trato digno. Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.*

*Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a. En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.*

*Artículo 13.- Aplicación. Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo” (Identidad de Género, 2012)*

### **6.6.2 Violencia de género**

La Organización mundial de la salud en el 2014 define la violencia como: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*

En el 2013 las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como: *“Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*

La violencia de género ha sido un problema constante dentro de la comunidad mexicana, sin embargo, ha sido hasta los últimos años que la percepción de la violencia ejercida contra las mujeres ha cambiado radicalmente.

Esta situación se da sobre todo a partir de que la violencia contra las mujeres pasó de ser un tema del ámbito privado a convertirse en un problema del ámbito público y social, la violencia es fundamental para entender las acciones que se han tomado por parte de

los gobiernos de los estados, los organismos internacionales y las organizaciones de la sociedad civil. La violencia en la escena pública permitió entender que era necesario trabajar por su erradicación en contra de las mujeres, ya que representaba un obstáculo para el efectivo goce y ejercicio de sus derechos fundamentales, que permeaba todos los ámbitos de desarrollo.

La organización mundial de la salud (OMS), el banco mundial y el fondo de población de las naciones unidas, conciben a la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, mencionan que *“se considera como un tema de derechos humanos de las mujeres en la conferencia mundial de derechos humanos de Viena, 1993, y en relación con la salud sexual y reproductiva en la conferencia internacional sobre población y desarrollo de el Cairo, 1994. Otro avance importante fue que la plataforma para la acción de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer celebrada en Beijing, 1995, dedicó un capítulo completo a la violencia contra la mujer, dando como resultado una serie de recomendaciones para los gobiernos, las organizaciones multilaterales y no gubernamentales”*

En el marco jurídico y los instrumentos de derechos humanos de las mujeres en el plano internacional se mencionan que en 1966, el pacto internacional de derechos civiles y políticos estipula expresamente la prohibición de las discriminaciones por razón de sexo, en el mismo año el pacto internacional de derechos económicos y sociales de naciones unidas, retoma expresamente esta prohibición al constatar que aun cuando estos instrumentos tienen eficacia vinculante para los estados ratificantes, garantizar su eficacia en términos de la discriminación por sexo, situación ideal para las mujeres. Es así, como la asamblea general de la ONU aprobó en 1979 la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, CEDAW, la cual entró en vigor en 1981.

En el marco jurídico del distrito federal menciona que la ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, en el distrito federal se promulgó una ley de acceso en enero de 2008. Esta legislación busca garantizar el respeto a la dignidad humana de las mujeres, su libertad y autonomía, la no discriminación, la equidad de género, así como

la transversalidad de la perspectiva de género. Establece cinco modalidades de violencia: familiar, laboral, docente, en la comunidad e institucional, sin dejar a un lado la violencia obstétrica.

En los centros de trabajo, la violencia se manifiesta a través de diferentes formas de agresión como: humillación, denigración o hacerla sentir menos por ser mujer, es así como 37 de cada 100 mujeres han recibido esta clase de maltrato; de las que buscan un trabajo 36 de cada 100 mujeres les han pedido la prueba de embarazo como requisito, proporciones semejantes presentan las que reciben menos pago y prestaciones, o tienen menor oportunidad que el hombre, para ascender a otro puesto.

Este tipo de violencia se ve mucho en los sectores de salud en obstetra, a la hora de dar a luz o esté en el proceso de parto. Las mujeres viven violencia psicológica, física, obstétrica, entre muchas otras, como: humillaciones, denigraciones, las hacen sentir menos por ser mujeres, también son despojadas de su persona y cuerpo al no poder decidir en su cuerpo para tener a su hijo a su comodidad y modo, sin tener que seguir una serie de protocolos institucionales donde no te permiten que hables, opines ni mucho menos que se quejen cada vez que llegue una contracción.

Una mujer en labor de parto tiene que gritar, llorar, reír, estar relajada y en comodidad con personas o familiares queridos por ella, para que se sienta más libre, así el recién nacido pueda salir y tener un nacimiento en armonía, la mujer puede estar sin presiones, nerviosa, en un estado de plenitud para que fluya más rápido el parto más relajado y que ellas elijan como tener a su hijo, ya sea, parada, en cuclillas, acostada, en una bañera, en la cama, con música relajante y un lugar cálido donde le den confianza y amor, en este proceso tan importante para ella.

Como bien lo menciona la Dra. Robby Davis Floyd, en su artículo “Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina”

En el modelo tecnocrático se define el cuerpo como máquina, por tanto, el paciente pasa a ser objeto y se establece una alienación importante, ese estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento de la propia identidad, entre cuidador y paciente, en la

que la noción de que la parte privada y la parte interactiva de la mujer se queda sin interacción, a menos de que haya una matrona presente y lo interesante es la parte mecánica de la mujer, sobre la que recae toda la atención de los médicos sin establecer un intercambio con la mujer como persona.

### **6.7 Cómo las mujeres mexicanas naturalizan la violencia obstétrica**

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra la mujer durante el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados donde existe violencia institucional y la violencia de género.

Cómo en los casos de Lidia y Ramona (los nombres fueron cambiados para proteger su identidad) permiten mostrar que en México, las mujeres enfrentan serios obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos y sexuales, que van desde la discriminación en el acceso y la negación de los servicios de salud obstétrica, hasta las atenciones deficientes por los prestadores de servicios, debido a problemas estructurales en los sistemas de salud, como infraestructura insuficiente, la falta de capacidad en los hospitales públicos, federales y locales, para atender partos y urgencias obstétricas, así como los procesos de enseñanza para el personal médico que favorecen una visión autoritaria que fomenta el maltrato y en las opiniones de las mujeres, no son tomadas en cuenta durante los procesos obstétricos. Como bien lo mencionan en el siguiente testimonio.

*“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” (Ramona, 2018)*

Un trato inhumano en la atención obstétrica sería, aquel que impide a una mujer comportarse como “humana”, impide “pensar” en el parto, privar de información y poder de decisión. No ofrecer alternativas, elegir por ellas mismas, obligarlas a parir en una determinada posición, la más común, acostada en la camilla con las piernas levantadas.

Separar al hijo al nacer por rutina, privar del apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida por la mujer, engañar e inducir los partos por conveniencia o decir de

los médicos, hay que programar una cesárea porque tienen la pelvis estrecha, por ejemplo, crear un ambiente falta de intimidad en torno a la mujer que está en parto, practicar la episiotomía de forma rutinaria. Son prácticas comunes y poco éticas que realiza el personal de salud.

En la Institución de Salud el parto no se respeta como algo natural del ser humano, sino todo lo contrario, se ve como si la mujer estuviera 9 meses enferma o discapacitada, sumando a que no se respeta el proceso del parto, podemos verlo en los testimonios de mujeres que dieron a luz en los sectores de salud en México, los cuales fueron mencionados por ellas mismas:

- “Me sentí como un trozo de carne listo para cortar.”
- “Me trataron muy bien, con mucha delicadeza afeitaron mi vagina con las puertas abiertas, a la vista de todo el mundo.”
- “Entró alguien, no sé quién, a explicar cómo hacia la cesárea, cómo cortar, qué mover” (Testimonios, 2019)

Nuestro sistema de salud es un sistema autoritario y misógino, debemos tener presente que el control de la medicina, sigue estando en manos de hombres que dominan la cúspide del complejo de los médicos, las farmacéuticas y académicos, que son responsables de las personas que adquieran conocimiento para las prácticas obstétricas, hay que tomar en cuenta que la mujer, no es un objeto que se puede manipular, ni poner en riesgo su integridad y cuerpo, ya que como todo ser humano vive, ama, y siente dolor al ser violentada.

Es, además, heredero de un modelo autoritario y muy jerarquizado. Existe un proceso de amaestramiento, despersonalización, infantilización y cosificación de la mujer en la cual comienza durante la primera visita prenatal, continúa durante la preparación al parto y culmina en el momento del parto. Al final de este proceso la mujer queda reducida, con la excusa de la obtención de un producto vivo, a un cuerpo sin alma, un producto, un simple campo de trabajo quirúrgico. El embarazo y el parto son momentos de gran vulnerabilidad, y como en otros ámbitos en los que estamos en una posición de inferioridad y hay impunidad, surge la violencia hacia las mujeres.

Con estas Leyes y Normas que fueron mencionadas las mujeres y a su familia están protegidas en el caso obstétrico, donde la mujer tiene que valer sus derechos y tiene que ser escuchada en cada proceso y etapa de su vida. Como bien se mencionan en los diferentes Artículos, el derecho a la protección de la salud, los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, Derecho al libre desarrollo personal, entre muchos otros artículos, no cabe duda de que no todos los médicos, enfermeras y otras personas de salud fomentan la violencia, sino todo lo contrario.

En el caso del doctor Michel Odent, es un médico obstetra francés, y uno de los defensores más notables del parto fisiológico, entendido como aquel parto en el que la intervención externa es la mínima posible y el médico francés que revolucionó la forma de dar a luz e impulsó el parto acuático hace 40 años.

Por lo tanto, se puede ver que sí, existen otras maneras de traer a un niño al mundo sin violencia y en un entorno más amoroso y seguro, donde la mujer puede tomar sus propias decisiones de como parir, sin tener que entrar en el mundo de la medicalización y procesos quirúrgicos.

En realidad, una mujer embarazada sufre todo tipo de violencia desde el simple hecho de no tener un asiento en los transportes colectivos, no les ceden el paso, correrlas del trabajo por estar embarazadas, y hasta llegar a los extremos como, golpear a una mujer con semanas de gestación, matarlas por estar embarazadas. En los casos de las instituciones, dejarlas tener a sus hijos en la sala de espera, en los pasillos, afuera del hospital, en la calle al no darles la atención adecuada, dejar que se les pase el tiempo del parto y en ocasiones hay negligencia que ponen en riesgo la vida de la madre, como al bebé, dejándolos morir completamente.

En la actualidad la educación en México, los medios de comunicación y las redes sociales siguen generando un mundo de violencia, e incluso en la misma familia, cuando la mujer da la noticia de un embarazo, la misma familia se encarga de juzgarla, porque es muy chica o muy grande, porque no tiene un esposo o una pareja, porque no está casada, porque ya tiene uno o más hijos, porque no tiene los recursos para mantenerlo y muchos (peros y porqués) pero no se fomenta la educación sexual y reproductiva, no se menciona

lo bueno ni lo malo del parto, que es doloroso, que se tienen muchas contracciones, que crece el vientre y al parir queda flexible, que tiene que pujar para que el hijo o hija salga, que tiene que tener respiraciones y exhalaciones prolongadas, que las contracciones duelen mucho, etc.

Como bien podemos ver, en México y en muchos otros países los embarazos adolescentes y las Infecciones de Transmisión Sexual, son un grave problema de salud, que, a pesar de todas las políticas públicas diseñadas para disminuirlo, se sigue manifestando, e incluso, pareciera que van en aumento en edades más tempranas; ya que es un dilema entre la educación escolar y los mismos padres.

Los padres quieren enseñarles a los hijos, educación sexual y reproductiva, pero no permiten que las instituciones les enseñen, como bien se menciona anteriormente la familia no prepara a la mujer o futura madre de un parto, los tipos de parto que existen y todo lo que conlleva ser madre, sobre todo de sus derechos humanos, de no ser violentada a la hora del parto, a tomar sus propias decisiones, a decidir que sus hijos se queden con ellas, a darles leche materna a sus hijos a la hora de nacer, que no se lleven al bebé prolongadas horas, no permitir que el personal de salud les pongan sobre nombres (chaparrita, nena, madre, madrecita, mamita o un número), las deben mencionar con su nombre correspondiente, (María, Rosa, Agustina, Petra, etc.)

Se tiene que fomentar la educación sexual y reproductiva en cualquier lugar en las instituciones educativas, de salud y en casa, hacer valer los derechos humanos de la mujer, las normas y leyes, para desaparecer la violencia obstétrica y en general.

### **6.8 La violencia obstétrica, aspectos sociales, éticos y jurídicos**

Un sistema de salud autoritario y deshumanizado, como describe María en su testimonio (el nombre fue cambiado para ocultar su identidad).

*“Ese mismo día fui a sacar una ficha para que me atendieran, fui con mi papá y entrando al consultorio me empezaron a hacer algunas preguntas, pero las sentía muy déspota porque me regañó. Por la edad que tenía me regañó, que yo tan chica (20 años) que tenía que estar pensando en otras cosas que, en tener un hijo, esto me molesto mucho,*

*después me mandó a hacerme un ultrasonido, pero nunca me mencionó que tenía que ir a la clínica, pero era el mismo seguro popular, aunque tenía que pagarlo.*

*Entonces le comenté a mi esposo y me dijo que mejor cambiara mis papeles al distrito federal porque, soy del estado de México, de todos modos, todos mis ultrasonidos no me los puso el seguro, todos los tuve que pagar yo, por que según ellos nunca tuvieron el espacio para poderme hacerme el ultrasonido” (María, 2019)*

A si como en el caso de María, existen muchos casos en las instituciones de salud, mujeres violentadas, se puede observar que tienen malas instalaciones, no son tan eficientes, tienen malas infraestructuras, siempre son negados los servicios de atención, hay negligencias médicas a cada hora, no hay camas para las pacientes, no hay espacios para que las mujeres den a luz, esta situación las obliga a tener a sus hijos en los pasillos, en la sala de espera, incluso en la calle, por tal motivo no existen datos como tal, lo podemos ver en los testimonios que se les realizó a las mujeres a las que les fueron violados sus derechos reproductivos y sexuales, no hay equipo ni insumos para atender a las mujeres embarazadas, incluso a las mujeres que están trayendo a un ser humano.

Se menciona a las personas derechohabientes, que el seguro popular tiene que ser “gratuito”, y a pesar de tener los instrumentos e instalaciones, los servicios son negados. Aun así, los pacientes tienen que pagar los servicios que en realidad tienen que ser gratuitos por derechohabiente.

Se ve la agresión de violencia obstétrica a la persona e integridad, al interrogarla por su edad. Toda mujer tiene la libertad de decidir a qué edad tener a sus hijos y cuantos hijos tener.

Estas situaciones en lo jurídico no se ven como una violencia obstétrica, aun que mucha gente del personal de salud realiza comentarios fuera de lugar y laboral o profesionalismo. Se apoderan de las personas vulnerables para regañarlas, humillarlas, ofenderlas, cómo si las mujeres embarazadas tuvieran culpa de traer a un nuevo ser a la vida, y no basta solo la violencia emocional sino también llegan a la violencia física como en el mismo caso que nos cuenta María:

*“Ellos me dijeron que me iban a poner la inyección de la raquea (anestesia raquídea), por si se llegaba a complicar me iban hacer la cesárea, entonces yo tenía mucho dolor de las contracciones, hacía las respiraciones pero ya no me ayudaban a controlar ese dolor, les hacía señas pero ya ni me volteaban a ver, yo les decía “ya me siento muy mal, creo que ya estoy dilatando más, me siento muy mal, siento que ya va a nacer”, pero ni iban a revisarme, solo veían un papel que estaba allí, “no, ni alcanzas al nueve, -estás con siete de dilatación-” necesito que me revisen porque me duele mucho, “no ,no te podemos revisar mucho” se daban la vuelta y se iban, yo veía que con otras mujeres estaban ahí al pendiente de que iban y las revisaban y hasta enojados les decían, “no señora, que todavía no está”, pero las revisaban al fin y al cabo, a mí ni me revisaron.*

*Al cabo de un rato me ponen la anestesia porque les decía que ya no aguantaba los dolores, me ponen la anestesia y me dicen que con esta ya no me va a doler, entonces me quedo dormida y cambian de turno y llega una doctora y empieza a despertarme y me dice “hija ya despiértate te voy a revisar”, le digo bueno está bien, me mete la mano y me dice “ya se hizo del baño tu bebé, ya vamos a meterte a la sala de parto”, me van metiendo pero yo iba toda adormilada de cuerpo y de todo, no tenía ni fuerzas, entonces entrando me dice la doctora, “¿si puedes pujar?” yo le dije, no siento mucho pero si, si puedo, me dice “bueno está bien” entonces me abrieron de lo que es la vagina al ano, me hicieron una abertura (llamada corte epidural), me la hacen y sale el niño y después me dicen que siga pujando y saque lo que es la placenta, después de eso el doctor me empezó a suturar, me dicen que ahorita me enseñan a mi bebé” (María, 2019)*

En la misma entrevista menciona María, la experiencia que pasó a la hora de dar a luz a su hijo, pero no basta de los malos tratos, sino también sigue ocurriendo la violencia obstétrica, que se vivió en el hospital durante su parto. También podemos ver a simple vista que las personas que brindan los servicios médicos no son tan éticos en su vida profesional y laboral, estos son algunos ejemplos que vemos en el testimonio, pero en general pasa todo el tiempo, no solo ella, sino casi la mayoría de las mujeres: se les llaman a los médicos y enfermeros (as), no hacen caso, se les preguntan algunas dudas, no contestan, les piden un favor y se enojan, no explican a las mujeres las dudas que van apareciendo durante el parto, las dejan solas, no hay comunicación, no hay apoyo de las

familias porque no los dejan entrar y cuando algo malo pasa, la culpa la tiene la madre por no hacer caso a las indicaciones de los médicos.

Sin embargo fueron ignoradas al inicio y no fueron tomadas en cuenta, donde está la ética del personal de salud, no son sensibles al dolor ajeno, no muestran un poco de humanidad, de solidaridad, empatía o sensibilidad, muestran todo lo contrario; Pero pensemos un poco en las mujeres y en su dolor, quien dijo que un parto no es doloroso, incómodo, triste, preocupante, frustrante, hay enojo, en ese proceso se pone en juego todas sus emociones y la vida de ellas durante el parto.

### **6.9 Datos estadísticos actuales de la violencia obstétrica en México**

México, es uno de los principales países con mayor incidencia de la violencia obstétrica. No se ve como violencia obstétrica, sino como violencia de género, pero si buscamos incidencias de nacimientos por cesárea, podemos ver que **somos el segundo país** del mundo con mayores cesáreas innecesarias, en los hospitales públicos y privados. Más adelante tocaré el tema de las cesáreas innecesarias en el país.

Más que una cesárea innecesaria, podemos ver que son situaciones políticas y económicas de las instituciones, porque una intervención de cesáreas, es tres veces más cara de lo que pagan por un parto vaginal.

La autora, Ana Prado Murrieta, en su artículo: Parir en oscuridad, nos muestra unas graficas el número de cesáreas que se realizan en el territorio mexicano.

*Las mujeres en México con más riesgo de ser sometidas a cesáreas que no se requieren son las mismas que tienen mayores privilegios en otros ámbitos: son las que pertenecen a estratos económicos altos, las que se atienden en servicios de salud privados, las que tienen altos niveles de educación, las que viven en zonas metropolitanas, las que son primerizas y las de 35 años o más. (Prado Murrieta, 2019)*

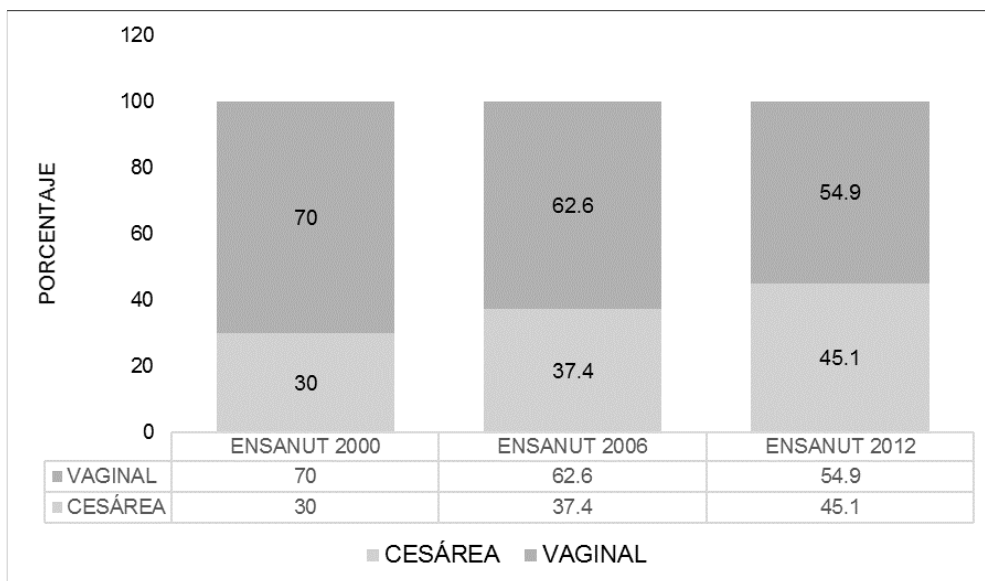


Figura 1. Incremento de las cesáreas en México, 2000-2010

*Fuente: Violencia obstétrica: Una violación a los derechos humanos de las mujeres. (Prado Murrieta, 2019)*

También se puede observar la cantidad monetaria de los costos de varias instituciones de salud por un parto por cesárea. “*Dentro del sistema de salud se reconoce que un parto natural tiene un menor costo, sin embargo, las cesáreas han aumentado y se justifican con argumentos como la “rapidez del procedimiento” y la “sobredemanda de los hospitales”. Para el año 2012, el porcentaje de cesáreas por institución a nivel nacional fue: Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 67.56%; Petróleos Mexicanos (PEMEX) 60.59%; Secretaría de Marina (SEMAR) 58.89%; Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 38.49%; Secretaría de Salud (SSA) 34.66%; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 32.16%, (vale la pena recordar que lo recomendado por la OMS, es entre 10-15%). De acuerdo con información del IMSS del mismo año, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización son de \$17,400 y de \$21,600, respectivamente, en tanto que en uno de los hospitales privados más prestigiados de la ciudad de México estos costos se elevan a \$32,000 en un parto vaginal y a \$40,800 en una cesárea. Los costos del hospital privado no incluyen honorarios médicos, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos de anestesia y especiales o equipo láser.*

*El incremento de las cesáreas en México claramente está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales, un ejemplo de esto es el costo de los nacimientos en clínicas particulares, en estos hospitales los nacimientos se venden como “paquetes de parto sin dolor”, que incluye parto programado, suites para el parto, quirófano y cunero, en la clínica privada Ángeles un parto programado por cesárea tiene un costo de alrededor de: \$40,800. Cabe mencionar que para el año 2012 la tasa de cesáreas en clínicas particulares era de 69.6%” (Prado Murrieta, 2019)*

Existen varias razones por las cuales los médicos deciden realizar las cesáreas innecesarias, lo más grave, no solo lo hacen por emergencia del parto, sino por sus cuotas elevadas, pero si actualizamos los datos podemos ver que cada año suben los costos de los partos en los hospitales privados en la ciudad de México.

Por ejemplo: el hospital Ángeles del pedregal, parto normal con 2 noches de habitación estándar costo \$42,232, Cesárea con 2 noches de habitación estándar costo \$53,883, Cesárea con 3 noches de habitación estándar costo \$56,796.

Hospital privado médica sur, parto normal con 1 noche de habitación estándar costo \$29,000, parto normal con 2 noches de habitación estándar costo \$36,000, parto normal con 3 noches de habitación estándar costo \$43,000, cesárea con 1 noche de habitación estándar costo \$44,000, cesárea con 2 noches de habitación estándar costo \$52,000, cesárea con 3 noches de habitación estándar costo \$60,000.

Hospital privado Ángeles de México, parto normal con 1 noche de habitación estándar costo \$16,700, Cesárea con 2 noches de habitación estándar costo \$27,600.

Hospital privado ángeles metropolitano, parto normal con 1 noche de habitación estándar costo \$18,798, cesárea con 2 noches de habitación estándar costo \$27,315.

Se puede ver a simple vista que aumentaron los costos de los partos por cesárea en los hospitales privados y aunque los costos siguen subiendo, hay gastos que no están incluidos como los honorarios de los médicos, complicaciones del embarazo, medicamentos extras al estándar, fórmulas para el bebé en caso de no poder amamantarlo.

A pesar de los costos tan elevados que cobran los hospitales privados no cubren su totalidad de atención para las futuras madres y al recién nacido, solo hay beneficios para aquellas personas que paguen más monetariamente.

¿Cuándo fue que el derecho al nacer se volvió tan caro y deshumanizado? al permitir que a la mujer la convirtieran en un objeto al decidir por ella, como si fuera algo sin valor, sin voz, sin sentimientos, sin emociones, como un cuerpo sin alma, sin vida. ¿Y qué decir del recién nacido al violentarlo al nacer?, al no permitir estar con la madre y no poder verla o tocarla.

### **6.9.1 ¿Qué es el nacimiento?**

Algunos significados y definiciones sobre lo que es el nacimiento: *“El nacimiento es el acto de salir del momento de gestación o estado embrionario a la vida. También puede ser considerado el lugar donde algo comienza. La palabra nacimiento deriva del verbo latín nasci que significa “nacer”, que, a su vez, es raíz de la palabra latina Nativitas”* (Significados, 2019)

Durante el periodo prenatal, el útero, que está compuesto por tejido muscular, se expande lentamente conforme el feto va creciendo. Aunque durante la mayor parte del embarazo se mantiene inactivo, después del cuarto mes se contrae de manera ocasional para prepararse a la hora del parto. Esas contracciones en ocasiones se llaman “falsas contracciones” porque quizá engañen a los padres impacientes y ansiosos, pero no significa que el bebé vaya a nacer en seguida. Cuando el nacimiento es inminente, el útero comienza a contraerse de modo intermitente. Sus contracciones cada vez más intensas actúan como si fuera un tornillo, se abre y se cierra para empujar la cabeza del feto contra el cérvix, el cuello del útero que lo separa de la vagina.

Finalmente, las contracciones se vuelven lo bastante fuertes como para impulsar lentamente al feto por el canal del parto hasta que llega al mundo. La labor de parto pasa por tres etapas. En la primera etapa, las contracciones uterinas ocurren a aproximadamente cada 8 o 10 minutos, y duran alrededor de 30 segundos, las contracciones uterinas ocurren conforme avanza el parto, las contracciones suceden con más frecuencia y su duración es mayor, al final, las contracciones ocurren cada 2 minutos

y duran casi 2 minutos. (Middlesex Health ofrece más opciones de atención médica, 2020)

Cuando va a terminar la primera etapa del parto, las contracciones aumentan hasta alcanzar su mayor intensidad, un periodo conocido como transición. El cuello del útero se abre por completo, lo suficiente (por lo regular alrededor de 10 centímetros) para permitir el paso de la cabeza del bebé (la parte más ancha del cuerpo). Esta primera etapa del parto es la más larga. La duración varía de manera significativa, dependiendo de la edad de la madre, su raza, origen étnico, número de embarazos previos y otros factores referentes al feto y a la madre. Por lo regular, el parto dura de 16 a 24 horas para los primogénitos, pero hay grandes variantes. Por lo general, los nacimientos de los hijos posteriores tienen periodos más cortos de labor.

Durante la segunda etapa del parto, que por lo regular dura alrededor de 90 minutos, con cada contracción sale más la cabeza del bebé, aumenta el tamaño de la apertura vaginal. Debido a que el área entre la vagina y el recto tiene que estirarse mucho, en ocasiones se realiza una incisión, llamada episiotomía, para incrementar el tamaño de la apertura vaginal. Sin embargo, en los años recientes se ha criticado esta práctica por considerar que causa más daño que bien, por lo que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente el número de episiotomías, a pesar de los problemas que se manifiestan durante y después del corte.

La segunda etapa del parto termina cuando el bebé ha salido por completo del cuerpo de la madre. Por último, la tercera etapa del parto ocurre cuando el cordón umbilical (que sigue adherido al neonato) y la placenta son expulsados. Esta etapa es la más rápida y sencilla y se lleva apenas unos minutos. La naturaleza de las reacciones de la mujer ante el parto refleja, factores culturales. (Middlesex Health ofrece más opciones de atención médica, 2020)

Aunque no hay evidencia de que los aspectos fisiológicos del parto difieran entre mujeres de culturas distintas, las expectativas y las interpretaciones de su dolor varían significativamente de una cultura a otra. Por ejemplo: hay una pizca de verdad en las

historias populares acerca de las embarazadas de ciertas sociedades que, sueltan las herramientas con las que están labrando el campo, se apartan, dan a luz, y regresan de inmediato al trabajo con su bebé envuelto y amarrado a la espalda. Los relatos del pueblo IKung de África describen a las parturientas sentadas tranquilamente bajo un árbol y sin mucho preámbulo ni ayuda, da a luz y se recuperan con rapidez. Por otro lado, muchas sociedades consideran que el parto es peligroso y algunas incluso lo ven como una enfermedad. Dichas perspectivas culturales matizan la forma en que una sociedad determinada enfoca la experiencia del nacimiento.

El momento preciso del nacimiento ocurre cuando el feto, habiendo dejado el útero a través del cérvix, pasa por la vagina para salir por completo del cuerpo de la madre. En la mayoría de los casos, los bebés realizan automáticamente el cambio de tomar el oxígeno a través de la placenta a usar los pulmones para respirar el aire. En consecuencia, tan pronto como sale del cuerpo de la madre, la mayoría de los recién nacidos lloran de manera espontánea. Esto los ayuda a limpiar sus pulmones y a respirar por sí mismos. (Feldman, 2007)

### **6.9.2 Tipo de parto.**

*“El tipo de parto puede ser vaginal, también llamado normal o eutócico, también está la cesárea (programada y de emergencia). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las tasas más altas de mortalidad materna se presentan en países donde el porcentaje de cesáreas excede 15 por ciento”* (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Existen dos tipos de partos, los cuales son, el vaginal y la cesárea, en los dos procedimientos hay violencia obstétrica. En este apartado se hablará de cómo, la mujer mexicana va naturalizando las cesáreas, al decidir no sentir dolor a la hora de parir. Como se menciona en el testimonio de Andrea Z, *“yo no parí, me parieron”* al realizar una cesárea.

Son muchos los años donde los medios y la sociedad influyen a decidir por la mujer, cómo tener a su hijo, al permitir que las programen unos días antes de parir por sí solas, para realizarles una cesárea donde los médicos duermen y anestesian a la paciente para poder hacer una incisión abdominal ya sea horizontal o vertical, dependiendo el estatus

social y económico, también son anestesiadas completamente y al despertar tienen realizada la cirugía sin ningún dolor en el proceso del nacimiento del bebé, en otros casos solo anestesian de la cintura a las piernas, así todo el tiempo las madres están conscientes para escuchar el llanto del recién nacido.

Desde el punto de vista de la violencia obstétrica, estos procedimientos son violencia, al permitir que se administre anestesia general para dormir a la madre y hacer un procedimiento quirúrgico sin estar consciente de lo que está pasando en el momento y en su cuerpo, sin poder ver o estar consciente de lo que está pasando en la sala del quirófano, ni mucho menos al escuchar el llanto del bebé a la hora de su alumbramiento.

Sin saber que no se trata solamente de una anestesia, sino de todo el fármaco que impacta en el feto y en la madre, en las consecuencias que son irreversibles como, por ejemplo, el bebé nace adormilado por la misma anestesia que le introducen a la madre, debido a que él bebé nace adormilado tiene que ser estimulado para que reaccione y active su sistema neuronal, más si le sumamos las primeras atenciones para reanimarlo. Según los médicos mencionan que son procedimientos necesarios que necesita el niño al nacer para saber si las condiciones son favorables para su adaptación al entorno, sin saber que a sus primeros segundos o minutos de vida ya son violentados, al no permitir estar con su mamá en esos segundos que se convierten en minutos o hasta horas.

Como bien lo menciona la autora Casilda R, *“Si una madre está invadida de deseo materno, si se está derritiendo por dentro, esto se puede ver fácilmente; y entonces se verá simultáneamente el proceso normal del desarrollo de la criatura. Ahora el estado de relajación de la criatura se puede ver midiendo las tasas de cortisol en la saliva; ahora se han dado cuenta de que cuando el bebé está sobre la madre el cortisol baja; aquí todavía mucha gente se queda en el fenómeno fisiológico y en los instintos”* (Rodríguez Bustos , 2007)

No necesariamente el bebé tiene que estar alejado de la madre, sino todo lo contrario; es mucho mejor que esté cerca de ella, que coma con ella, que duerma con ella y despierte a su lado, verse a los ojos y estar cuerpo a cuerpo, para que tenga una mayor adaptación y no tenga la necesidad de ser violentado sino todo lo contrario. De acuerdo con lo mencionado por el autor Michel Odent, *“Otro dato muy a tener en cuenta, es que, la flora*

*intestinal representa el ochenta por ciento de nuestro sistema inmunológico, y que su formación se produce en los primeros minutos después del parto, siendo los gérmenes de la madre los primeros contaminantes si el nacimiento es vaginal.*

*No separar al bebé de su madre durante la primera hora con el consiguiente hallazgo del pecho materno por parte de éste, influye en el comienzo de la lactancia y en el primordial consumo del primigenio calostro; compuesto de gérmenes amigos, anticuerpos locales específicos y sustancias anti-infecciosas y nutritivas que tienen como consecuencia a largo plazo una gran influencia en la formación de la flora intestinal. Igualmente, habrá un rápido refuerzo de la mucosa del intestino cuanto más calostro tome el bebé” (Odent, 2016)*

En la actualidad, bombardean a la mujer a través de los medios de comunicación en las redes sociales, la televisión, el radio, la inmensa publicidad que garantiza un parto sin dolor. Esto hace que las personas creen que una cesárea sea algo natural; pero sin embargo hoy en día el parto vaginal ya no lo mencionan o lo visibilizan, lo muestran como un parto no natural, ni seguro.

A lo largo de la historia en el mundo se realizaba un parto naturalmente sin tener ayuda de atenciones de otras personas, sin embargo, existe el acompañamiento de alguna persona como las parteras, madres, abuelas o el mismo progenitor, personas que la madre así lo desee.

Si desde toda la vida la mujer ha parido por sí sola, no hay necesidad de llegar a tener todos los procedimientos quirúrgicos, tanta violencia obstétrica, para tener un parto vaginal, pero en los tiempos actuales violentan mucho a la mujer, una de ellas es, mutilar una parte de la vagina de la mujer, el cuerpo tiene la capacidad de la adaptación de engendrar a un ser y parirlo por sí solas, porque desde una edad temprana las mujeres se preparan para esta etapa de la vida, desde el momento en que llega la menstruación en la adolescencia, junto con los dolores menstruales, en esos momentos las mujeres se van preparando para un parto en el futuro.

Hoy en día los médicos, por rutina y un rápido parto realizan los cortes perineales vaginales, sin saber que a lo largo del tiempo es muy doloroso, molesto e incómodo para

la mujer en su día a día, pero si vemos a detalle lo que ocasiona el corte perineal vaginal, el simple hecho de agrandar el canal vaginal para expulsar más rápido al bebé. A pesar de que los médicos realizan esta forma rutinaria, muchos de ellos no lo saben hacer, como bien lo cuenta el siguiente testimonio la enfermera Martina Lara:

*Cuenta el siguiente testimonio, “cuando laboraba para el hospital de ginecología en la alcaldía Cuauhtémoc, pude observar que muchos de los médicos no saben realizar los cortes perineales, hacen el corte mal. Una vez me toco observar cuando un médico le realizó el corte perineal hacia abajo a una paciente, cortando un poco el ano de la víctima. Entre médicos y enfermeras se dijeron entre sí, que solo realizarían la incisión aplicando bastante anestesia en la parte de la herida. De pronto se escuchó una voz decir, “Qué dolor va a tener en bastante tiempo”.*

*Se siente mucha impotencia, ya que al realizar un comentario que favorecía a la paciente me dijeron que, por favor guardara silencio” (Lara, 2019)*

Los médicos deben saber que el cuerpo no se da, se conquista y fluye por sí solo, sin tener que llegar a herir o maltratar. Es una brutalidad llegar a perjudicar otros sistemas importantes del cuerpo, por el simple hecho de hacer el corte sin justificación alguna o por una mala práctica. Es indignante que hoy en día pase estas situaciones y lo peor es no mencionárselo al paciente, a pesar de que se violentan sus derechos humanos, también viven violencia obstétrica.

El autor byung-chul han, (2011) menciona que *“la violencia muta de visible a invisible, de frontal a vial, de violencia directa a violencia mediana, de real a virtual, de física a química, a violencia negativa a violencia positiva, en ese espacio se va volviendo su comunicativo, en los capilares, a tal punto que da la impresión de que desaparece. Es a partir de esta invisibilidad que violencia y libertad se contra figura terminan coincidiendo. La violencia corporal deja a su violencia más anónima, sistémica y sin sujeto que se oculta mezclándose con la sociedad”*

La vieja violencia que tiene la negatividad tiene un lugar hacia afuera que se da a las personas con manera positiva, la violencia se interioriza, se hace más psíquica e invisible, pero el enemigo entonces deja de estar afuera, el enemigo está en uno mismo.

Pese a que efectivamente no existe una definición de violencia ampliamente aceptada por los estudios, podemos encontrar algunas que han ofrecido un cierto consenso. Particularmente se encuentra en esta línea aquella que destaca el uso de la fuerza para causar daño a alguien. No conforme con el daño físico que ocasionan los médicos y enfermeros, el paciente recibe otro tipo de violencia emocional como, las amenazas, por ejemplo:

- Si no te colocas un método anticonceptivo no te dejamos salir de la clínica.
- Tienes que firmar para que le coloquen el DIU si no, no te dejamos salir con tu bebé.
- Firme la hoja para que escojas que medida de prevención quieres, no queremos que antes del año o a los dos años estés nuevamente en labor de parto.
- Si no te colocamos el dispositivo, es tu culpa si sales embarazada nuevamente.

Son palabras muy hirientes, ofensivas y hacen pensar que la mujer siempre tiene la culpa por cuestiones ajenas a ellas. Ni mucho menos hacen valer sus derechos reproductivos y sexuales, ser ellas mismas durante esa hermosa etapa de la vida de la mujer, es indignante que sigan pasando por esta agresividad, una violencia brutal que más que una ofensa, las marcan de por vida, sin embargo, no existe una manera para frenar estos maltratos que se mencionan por parte del personal del sector de salud.

Por otro lado, también las mujeres siguen pasando por estas amenazas, sino se dejan colocar el DIU u otro método anticonceptivo no las dejamos salir a ustedes ni a su hijo. No hay información que mencione las cifras de mujeres que salieron embarazadas con el dispositivo colocado. Preguntando a varias mujeres, ¿el DIU, fue colocado en el mismo día de dar a luz?, ¿es eficiente para no quedar embarazada?

A lo cual ellas contestaron que no, después de algunos meses de dar a luz a su hijo, se movió el dispositivo y quedaron nuevamente embarazadas.

Esto muestra que no es tan eficiente colocar un método anticonceptivo (DIU) el mismo día que dan a luz, porque hay probabilidades de que se mueva y tengan un embarazo no deseado, sin embargo, el sector de salud no debería colocarlos por el movimiento de los músculos del útero al regresar a su estado normal.

También estas acciones son violencia obstétrica, al colocar un método anticonceptivo con amenazas violentas, ofensivas y repugnantes, afectando psicológicamente y verbal a la mujer, así como también las cesáreas, donde se están naturalizando estas prácticas como un parto natural y seguro.

La sociedad define lo bueno en términos de ganancias monetarias y define las necesidades humanas, excluyendo sus componentes psíquicos y emocionales, el principal horror de un sistema así, priva a la mujer del trabajo de su valor erótico, de su poder erótico, de su llamado a la vida, de la plenitud, de su libertad, de los derechos humanos, del momento de ser madre.

Ahora me llegan muchas preguntas a la mente sin respuesta, ¿No sé en qué momento convertimos al cuerpo en una máquina y despojamos al trabajo de su valor, de su trabajo mercantil? ¿En qué momento nos olvidamos de que no somos sólo un cuerpo de sangre, instintos y necesidades? Sino un cuerpo que busca sentido y persigue deseos. ¿En qué momento convertimos el trabajo, en un trabajar por trabajar, producir por producir, el desarrollo por el desarrollo? ¿No sé en qué momento se nos ocurrió organizarnos como sociedad alrededor del trabajo?, especialmente una forma de trabajo tan alienante donde un individuo se convierte en alguien ajeno a sí mismo, que se extraña, que ha perdido el control sobre sí.

### **6.9.3 Instrumentación quirúrgica.**

*“Los primeros instrumentos utilizados en la edad de piedra, fueron los cuchillos y las lanzas de pedernal o de obsidiana. Los instrumentos de perforación más antiguos fueron las leznas de piedra, madera, hueso o de cuerno. Igualmente fueron empleados otros materiales orgánicos como la madera, el cuerno, los dientes de animales y algunas conchas. En la edad de los metales se empezó a usar el bronce y otras aleaciones de cobre, oro y finalmente el hierro y el acero. El arma más antigua que se ha encontrado es la lanza de Leringher, en Alemania, hecha con madera de Tejo. Posee dos metros de largo y la punta endurecida por el fuego. La cronografía indica que fue hecha hace 80,000 años.*

*En la época medieval se modificó con dos trefinas macho y hembra. Estos instrumentos de perforación han sido usados por dentistas desde épocas remotas, a ellos se debe la invención de las máquinas de pedal y finalmente de los motores (pieza de mano) que giran a cuatrocientas o quinientas mil revoluciones por minuto, las cuales han sido modificadas para su uso quirúrgico en diferentes especialidades. En la Antigua Mesopotamia (un área en el sur de Asia, entre el río Tigris y el Éufrates) las culturas practicaron algún grado de cirugía. Pequeños cuchillos de cobre de los sumerios (actual sur de Irak) de alrededor del año 3000 ac se cree que eran instrumentos quirúrgicos. El Código de Hammurabi de Babilonia de alrededor del año 1700 ac menciona lancetas de bronce (instrumentos con puntas de corte de dos filos utilizados para hacer pequeñas incisiones)” (Albarracin Miranda, 2018)*

En todo el mundo y en todas las culturas, la cirugía hace a veces la diferencia entre la vida y la muerte. Hubo un tiempo donde los pacientes morían sobre la mesa de operaciones a causa de las complicaciones de sus heridas, a medida que la cirugía mejoró también, los instrumentos utilizados para tal fin. Hay muchas teorías sobre las razones detrás de esta práctica, lo único que se sabe con certeza es que algunos pacientes sobrevivieron al procedimiento, aunque muchas de ellas perdieron la vida a pesar de que mejoraron los instrumentos quirúrgicos.

*“En 1733 se hizo pública la descripción del fórceps, en 1747 Andrese Levert, hizo la primera modificación significativa introdujo la curvatura pélvica y delineó la técnica de su aplicación, otros autores modificaron las formas y dieron nombres a los diferentes tipos.” (Albarracin Miranda, 2018)*

Pero recordemos que el obstetra, no debe conducir a un aprendizaje y manejo insuficiente de las técnicas manuales, ya que los instrumentales siguen siendo un problema de muchas muertes de madres y recién nacidos. Entendemos por parto instrumentado el empleo de fórceps, ventosa o espátulas que aplicados generalmente sobre la cabeza fetal y utilizando la fuerza de tracción, suplementan el trabajo del parto natural y provocan lesiones permanentes.

En la actualidad existen varios tipos de fórceps, el fórceps es un instrumento obstétrico articulado con forma de pinza o tenaza, el cual fue diseñado para extraer un feto vivo por las vías naturales, cuando el parto no puede realizarse espontáneamente, o bien, para facilitar y abreviar el período expulsivo, pero también hay varios que se utilizan de la misma manera, los cuales son los siguientes:

- Cuchara: generalmente fenestrada, con curvatura cefálica más o menos curvatura pelviana.
- Articulación: fija o deslizante (mayor movilidad).
- Mango: suele tener ganchos laterales para facilitar su uso. Hay infinidad de modelos diseñados desde el primer fórceps obstétrico.

A pesar de que en la actualidad existen una extensa variedad de fórceps, no es una maniobra adecuada para sacar al bebé, ya que existen muchos riesgos para él, y la madre, como las complicaciones maternas y las complicaciones fetales.

Complicaciones al utilizar fórceps:

- Dolor durante el parto y postparto.
- Lesiones del canal del parto.
- Retención urinaria y fecal.
- Hemorragias por desgarros o atonía/anemia.

A largo plazo:

- Incontinencia urinaria/fecal
- Prolapso genital
- Formación de fístulas
- Estenosis, dispareunia (El dolor puede sentirse agudo, como ardor o como calambres menstruales. Durante las relaciones sexuales, puede sentir que el dolor proviene de la profundidad de la pelvis. Las mujeres a menudo informan la sensación de que algo les está chocando por dentro.)

Complicaciones fetales:

- Equimosis o pequeños hematomas superficiales cefalohematomas (Es una acumulación de sangre ubicada debajo del cuero cabelludo producida por una hemorragia subperióstica)
- Parálisis facial.
- Fractura craneal.
- Hemorragia intracraneal.
- Lesiones neurológicas.
- Retardo en el desarrollo psicomotriz

Las espátulas se consideran un instrumento prácticamente traumático sobre el feto, con menos morbilidad fetal que fórceps y ventosa, a pesar de ello se presentan complicaciones tanto maternas como fetales.

Siguiente testimonio de Rosalba M, cómo sufrió violencia obstétrica al utilizar los fórceps.

*“Acudí al médico en urgencias, porque estaba sangrando y sentía que mi bebé ya no se movía. Cuando estaba en la sala de parto, los médicos me colocaron el cinturón de monitor de latidos, para escuchar los latidos de mi bebé, se escuchaban muy despacio. El médico me realizó un ultrasonido de emergencia, miró que mi hija tenía el cordón umbilical enredado en su cuello.*

*Yo no sabía qué estaba pasando, me colocaron la anestesia y me inyectaron oxitocina para provocarme las contracciones para que dilatara, al percatarme de la situación le dije al personal de salud, que me dieran el informe de mi situación, pero nadie me decía nada.*

*Cuando entró nuevamente la doctora me dijo que tendría a mi hija por parto vaginal, al volver a realizar el ultrasonido se percataron que ya no respiraba normalmente como respiran los bebés, no les importó y me dijeron que pujara en las últimas contracciones, debido a que la bebé ya no se movía dentro de mi vientre me la sacaron con fórceps, porque ya no tenía la fuerza para empujar con sus piecitos, eso provocó que con los fórceps me rasgaran la matriz y el útero, provocándome mucho dolor y problemas al paso del tiempo.*

*Cuando sacaron a mi bebé me pusieron anestesia general para que no sintiera el dolor y no pudiera ver a mi pequeña ya muerta. Me cuenta mi esposo que al sacarla de mi vientre con los fórceps se apretó más el cordón y eso provocó su muerte total. Al sacarla con fórceps, le desgarraron la piel de la sien y un poco de su cabeza.*

*Es muy duro que pases situaciones como la mía, hubiera querido que me hicieran una cesárea de emergencia y a lo mejor mi hija estuviera conmigo en estos momentos. Esta fue mi historia y lo que me acuerdo o que los médicos me hicieron creer” (Medina, 2019)*

En la actualidad se siguen realizando estas prácticas con fórceps, aun sabiendo los riesgos que implican a corto y largo plazo en la madre y en el recién nacido, que son irreparables.

Recordemos que un instrumento en manos se vuelve un enemigo y más si es para una mala práctica que afecte la vida de otras personas, lamentablemente en la actualidad hay muchos hospitales que siguen utilizando estos instrumentos quirúrgicos, sabiendo que es una mala práctica para el parto vaginal o cesárea, así como para la madre y el recién nacido.

Así como nos cuenta Rosalba, en su testimonio, muchos de los obstétricos no tienen la práctica correcta para realizar maniobras diferentes, una de ellas son los fórceps para sacar al bebé por la vagina. Lamentablemente en este caso, fué la hija y el testimonio quienes fueron afectadas irreparablemente por una mala práctica de la obstetra al no tener una buena capacidad de hacer un buen parto, sino todo lo contrario, al permitir que el parto fuera vaginal y no por cesárea, teniendo en cuenta que la madre y el bebé estaban en un momento delicado y de riesgo. Es indignante que en estos años sigan pasando estas situaciones de irresponsabilidad médica, sabiendo que la tecnología y las prácticas han cambiado para mejorar los procedimientos quirúrgicos en el parto.

Pero no cabe la mayor duda que, si se siguen cometiendo estas malas prácticas con las mujeres y los bebés vulnerables a la hora del parto. Esto va a la reflexión, en los tiempos actuales y los avances quirúrgicos, no ayudan a tener un parto confiable, ni mucho menos seguro, ¿cómo podemos confiar en las personas en las que ponemos nuestras vidas en

sus manos?, aún siguen pasando estos atropellos y muertes por no tener un buen criterio o práctica, en una emergencia que pone en riesgo la vida del ser humano.

Con la historia de vida que nos cuenta Rosalba M, esto confirma lo contrario que mencionan los médicos con la tecnología avanzada que nos hacen creer.

Michel Odent, asegura que la parafernalia (Conjunto de instrumentos o aparatos que se necesitan para un fin determinado) médica, lejos de ayudar a las mujeres a parir, les produce un miedo y un estrés impresionante. Lo que hay que hacer, menciona *“Es generar un clima relajado, bajar al mínimo la intervención externa y dejar que la mujer sea la dueña de su parto, tal como lo hace cualquier hembra mamífera”* (Odent, 2016)

Una mujer no necesita de un médico, ni mucho menos de instrumentos quirúrgicos a la hora de parir, debido a que tiene la capacidad de hacerlo ella sola, porque el cuerpo se prepara en el momento en el que llega la menstruación a la mujer, por lo tanto, el cuerpo se prepara para el parto. Lo primero es entender que el parto es un proceso involuntario. La parte activa del cerebro de una mujer en trabajo de parto es aquella parte primitiva: el hipotálamo, la glándula pituitaria o hipófisis. Son estructuras cerebrales arcaicas, que los humanos compartimos con todos los mamíferos, y su función es liberar el flujo hormonal necesario para que se produzca el parto.

Por eso es un proceso involuntario, y este tipo de proceso se da en situación del cuerpo. Por lo tanto, puede ser inhibido por factores que hacen aumentar la adrenalina, al estimular el neocórtex y el intelecto. Hay un antagonismo entre adrenalina y oxitocina. La adrenalina es una hormona que secretan los mamíferos, incluyendo los humanos, en situaciones de emergencia, cuando estamos asustados, nos sentimos observados o tenemos frío.

Cuando esta hormona es liberada, no es posible liberar oxitocina. Esta última es fundamental en el proceso del parto por dos razones: primero, porque es necesaria para producir contracciones uterinas efectivas, y también porque es considerada el principal componente del cóctel de hormonas del amor, que una mujer debiera liberar al momento de dar a luz.

Se confirma que una mujer tiene todas las capacidades de dar un alumbramiento por sí sola, cómo lo menciona el autor Michel Odent, *“Todos los mamíferos necesitan sentirse seguros para poder dar a luz. Si una hembra de cualquier especie está lista para parir, en la selva, y percibe la presencia de un depredador, libera adrenalina y tiene energía para pelear o escapar. Y lo que hace es posponer el parto para cuando se sienta segura. Por eso es necesario eliminar el lenguaje, y todo lo que es específicamente humano, para satisfacer las necesidades básicas mamíferas. Por lo mismo nunca uso el término “humanización” del parto. Yo hablo de “mamiferizar” el parto.”* (Odent, 2016)

Debemos recordar que los seres humanos nos hemos transformado en seres bípedos, allá lejos y hace tiempo; el sistema de salud ha complicado el proceso del parto, puesto que modificó la posición del útero, de manera tal que el cuello del útero tenga que soportar el peso del bebé y el líquido amniótico, por lo que la dilatación del cuello se hizo más lento; la vulva se desplazó hacia el abdomen materno acortando la vagina y produciendo una curvatura de 90° que dificulta la salida del bebé y el periné, en vez de ser complaciente como lo es en los cuadrúpedos, se ha convertido en una estructura reforzada para soportar el roce de las piernas al caminar.

Si bien se conoce desde la antigüedad e históricamente, la partera basaba su entendimiento sólo en su propia experiencia en el arte de los partos. Sí bien, carecía de escolaridad y de conocimientos racionales sobre la causalidad y terapéutica de las enfermedades. En la dinámica familiar prehispánica fue un factor muy participativo desde que la mujer se daba cuenta de su embarazo. Su tradición continuó; en la época del virreinato porque la partera muy poco alteró sus actividades. Se encargaba de dar consejos a la preñada, ordenar a la familia lo que debían darle y prohibía todo aquello que pudiera hacer daño a la criatura; advertía de los cuidados en los primeros meses de embarazo y concretaba sus consejos encargando buena alimentación, reposo y moderaciones en los trabajos manuales.

Al iniciarse el parto, se bañaba a la embarazada, se arreglaba un lugar donde debía parir, y si la parturienta era mujer primeriza la partera se hacía acompañar de dos o tres mujeres a quienes se les daba el nombre de “tenedoras”, en función a que ayudaban a detener a

la mujer en el proceso del parto y el alumbramiento. Más tarde, estas mujeres tenedoras, ya con experiencia por lo observado se convertían también en parteras.

Se mencionaba que, una vez empezado el trabajo de parto, se le daba un baño a la parturienta y después de este, se le hacía beber la raíz molida con agua de una planta llamada Chihuapatli que gozaba de la propiedad de empujar el feto hacia fuera. La partera se colocaba sentada frente a la parturienta y con ambas manos, le frotaba el vientre para favorecer los dolores o la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban una en la espalda, en cucullas, y con sus dos manos apoyaba y oprimía de la parturienta, mientras que la otra tenedora, de pie, le sostenía por los codos para una mayor comodidad.

*“Chihuapatli: El nombre zoapatle deriva del náhuatl “cihuatl” (mujer) y “phatli” (medicina), que se traduce en castellano como “medicina para la mujer”. De acuerdo con cada región es conocido como cihuapatli, ciguapatle, cacahpachtle, chapus, gordolobo de terreno, hierba del to, zihuapatle, zoapatle o zuhuapatli.*

*Es un arbusto de mediana altura muy ramificado de tallos, ramas y hojas pubescentes, y apariencia vellosa. Las hojas quebradizas muy aromáticas y las flores agrupadas en racimos son características de la especie.*

*En la medicina tradicional mexicana es una planta usada por sus propiedades en las denominadas enfermedades de la mujer. Se utiliza para resolver problemas relacionados con el parto, ya sea inducirlo o agilizarlo, incluso se usa como abortivo. Usualmente es utilizado para aliviar problemas menstruales; activa el flujo vaginal, estimula la regla, regula el ciclo menstrual y reduce los dolores. Es útil para incrementar la secreción de leche materna y para aplicar baños de asiento postparto; además previene el reumatismo” (Chacón Vázquez, 2020)*

Otra forma de atender a la embarazada en la última etapa del trabajo de parto era que, la comadrona permanecía sentada, en cucullas, con las manos apoyadas en los glúteos y con los dedos entreabría la vulva. Finalmente, con un supremo esfuerzo ayudaba a la expulsión. Otras mujeres parían de rodillas asistidas por las parteras; También daban a luz colocadas bocabajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y la comadre recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del

techo; sosteniéndolas de los muslos las tenedoras y ayudantes. Estas prácticas, aún se conservan en regiones apartadas de la civilización en la república mexicana.

Con relación a la expulsión de la placenta, las medidas indicadas eran que la mujer que acababa de dar a luz debía descansar sobre su pierna derecha, con el muslo comprimía el abdomen y por supuesto el útero, para facilitar la expulsión de la placenta, la cual se enterraba bajo una de las piedras del fogón o en las cenizas calientes de éste.

Al resolverse el parto, la partera recibía al niño con frases amables y con ternura, al mismo tiempo cortaba el cordón umbilical con las uñas, con un fragmento de obsidiana o con un pedazo de otate, para más tarde al secarse, si era niña se enterraba junto al fogón, para aficionarla a su casa y cuidado de ésta, en el caso de ser varón se le daba a un guerrero para que lo enterrara en algún campo de batalla significando con esto que era ofrecido y prometido al sol y a la tierra.

Las atenciones del recién nacido se basaban en preparar la ropa, tanto aquella que se necesitaba en el alumbramiento, como después del mismo. El trabajo de la partera no terminaba con el nacimiento del niño, sino que se prolongaba para el bautismo, la lactancia materna y el tratamiento del puerperio; y de requerirse también atendía los abortos.

*“Nacer en casa, es parir en libertad, es la forma natural de dar a luz”* (Perea, 2009)

#### **6.9.4 El cuerpo como territorio**

Si bien sabemos el cuerpo de la mujer se ha visto como un objeto ya sea de cambio o territorial hacia el hombre, *“El cuerpo humano estaba penetrando en una maquinaria de poder que lo explora, lo rompe y lo rearma. Una “anatomía política” que también era una “mecánica de poder” para que operaran según el deseo de uno, con las técnicas, la velocidad y la eficiencia que uno determine. Así la vigilancia produce cuerpos sometidos y entrenados, cuerpos “dóciles”. La disciplina aumenta la potencia del cuerpo (en términos de su utilidad económica) y disminuye esa misma potencia (en términos políticos de la obediencia), es decir, desasocia el poder del cuerpo”* (Barnsley, 2008)

El cuerpo como concepto, tiene diversas matices y definiciones que resultan bastante complejas de definir ya que dependen de ciertas condiciones del pensamiento humano,

que están ligadas a la historia social, política, cultural y científica, Se busca mostrar cómo se logra reconocer el cuerpo humano no solo como un espacio físico y biológico sino como un territorio que se configura y reconfigura de acuerdo a la memoria y la sociedad dando paso a un cuerpo como mecanismo para la emancipación y el empoderamiento de discursos y prácticas que protegen y realzan el valor de la vida de la mujer, en circunstancias que pueden o no favorecerla.

La noción de cuerpo se ha visto definida y conceptualizada desde los inicios de la humanidad de acuerdo con el lugar y el grupo en el que el individuo se encuentre; la distribución del trabajo como cazar, pescar, recolectar, cuidar y la jerarquía en las sociedades primitivas daba al cuerpo como territorio. Esta oposición binaria entre cuerpo y mente crea la noción de que el cuerpo, es el resultado de la vida en sociedad, y por lo tanto se puede diferenciar a través del género, que además se puede evaluar según su rol, es por esto, que el cuerpo como territorio político, se puede categorizar, a partir de allí, dominar y patriarcalizar. (Barnsley, 2008)

Esto se ve con el personal de los sectores de salud a la hora de atender a una mujer en su proceso de labor de parto, el personal se hace ajeno al dolor de la otra persona, sin importar lo que este sintiendo física y mentalmente la mujer, solo se apodera del cuerpo ajeno para hacer un trabajo más, ven el cuerpo como objeto que no tiene valor ni mucho menos les dan su lugar.

En la historia occidental para explicar los fenómenos del cuerpo y de la naturaleza, vemos cómo la civilización avanza adoptando más bien ideologías en donde se discriminan las expresiones irracionales e intangibles de la naturaleza, estableciendo así una posición de distanciamiento y confrontación con ella en vez de una posible integración y coordinación del personal de salud hacia la mujer.

Pero no solo se ve en la historia occidental, también existe en México desde hace muchos años y en todo el territorio. Siempre se ha vivido con la dominación y patriarcado político y con la iatrogenia de los médicos “indicando toda alteración del estado de la paciente producida por el médico”, al despojar a la mujer de su mismo cuerpo y no darle un valor, sino todo lo contrario les produce un miedo terrible, inseguridad, pánico. (Fuente, 2017)

El médico amenaza y amedrenta a la mujer, con palabras muy hirientes y amenazarla diciéndole que si no lleva a cabo las indicaciones, el riesgo que tenga o algo salga mal en el parto, es culpa de ella por no hacer cosas, en otras palabras mencionan los médicos: *“Si a tu hijo le pasa algo o a ti, es tu culpa por estar gritando y no hacer caso a lo que te estoy indicando, porque yo soy el médico, no usted”*

Es terrible e indignante como el personal de salud se dirige a la mujer con palabras hirientes y violentas, al despojarla de su persona e identidad, si bien sabemos la mujer tiene la habilidad, la fuerza para dar a luz a una nueva creatura, sin tener que suministrar medicamentos, hacer la episiotomía, hacer cirugía de cesárea sin motivo alguno. La mujer por naturaleza tiene la capacidad de proteger y cuidar ella solo al recién nacido y a ella misma.

#### **6.9.5 Atención prenatal.**

*“La atención prenatal se compone de una serie de visitas programadas de la mujer embarazada con algún prestador de servicios de salud, para vigilar el desarrollo gestacional y prevenir o afrontar los problemas de salud, notemos que también pueden tener consecuencias graves en el producto y causar la muerte de alguno de ellos, inclusive de ambos. A nivel mundial, 80% de las mujeres reciben cuatro o más consultas en el desarrollo de su embarazo”* (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019)

Los riesgos prenatales en los bebés en su desarrollo son aquellos que, debido a un determinado número de factores o circunstancias, tienen mayor posibilidad de presentar algún tipo de deficiencia o alteración en su capacidad de comunicación, motriz, sensorial, cognitiva, afectiva, de conducta o una mezcla de ellas.

Dentro de los factores de riesgo más importantes, existen tres períodos clave: el período prenatal, el perinatal y el postnatal, los factores de riesgo prenatales se pueden ver desde la concepción hasta el momento del parto.

La mayoría de los factores de riesgo que nos encontramos en la etapa prenatal tienen que ver con la salud y costumbres de la madre, siendo el ambiente del niño en el útero crítico para su desarrollo. Ésta es la razón, por la que la edad de la madre, su estado

general de salud, la nutrición y lo adecuado de su cuidado prenatal, son factores maternos que potencialmente pueden llegar a ser riesgos importantes.

Algunos problemas de salud suelen incrementar el riesgo de producir determinados efectos en el nacimiento o aumentar la probabilidad de un adelanto en el nacimiento, por ejemplo: la diabetes o las enfermedades de transmisión sexual. Del mismo modo, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas, son perjudiciales para el desarrollo del feto. Finalmente, las infecciones maternas, como de VIH o de hepatitis B se pueden transmitir al feto dando lugar a problemas de salud importantes.

Realizar pruebas de detección como parte de los cuidados prenatales, pueden determinar si una mujer embarazada o su pareja sexual tienen una infección que podría curarse mediante un tratamiento con medicamentos. Un tratamiento temprano disminuye las probabilidades de que el bebé contraiga la enfermedad. Si bien no todas las enfermedades e infecciones de transmisión sexuales tienen cura, la mujer embarazada y su profesional de la salud pueden tomar medidas para proteger a la madre y a su bebé.

Las infecciones de transmisión sexuales durante el embarazo también pueden causar:

- Embarazo ectópico (cuando el embrión se implanta fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio)
- Peso bajo al nacer
- Defectos de nacimiento, entre ellos ceguera, sordera, deformidades en los huesos o discapacidad intelectual
- Trabajo de parto y parto prematuros (antes de completar las 37 semanas de embarazo)
- Nacimiento de un niño muerto
- Enfermedad del recién nacido (primer mes de vida)
- Muerte del recién nacido
- Abortos espontáneos

Por lo tanto, es muy importante el control prenatal para prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo como en el caso de las enfermedades.

#### **6.9.6 Lactancia materna.**

*“La lactancia materna es una práctica que los organismos internacionales recomiendan iniciar durante la primera hora de vida del bebé, y que la leche materna sea su único alimento durante los primeros seis meses para protegerlo de enfermedades infecciosas y crónicas, así como favorecer el desarrollo sensorial y cognitivo.*

*En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 señala que la atención al recién nacido implica su asistencia inmediata al ser extraído del cuerpo de la madre. Asimismo, indica que los establecimientos de atención obstétrica deben tener procedimientos reglamentados para el fomento de la lactancia materna exclusiva.*

*La duración media de la lactancia materna es de 9.8 meses a nivel nacional, con lo que se observa un incremento respecto de 2014 (8.8 meses). En total hay 16 estados que superan la media nacional y en 14 la media es inferior al nacional” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019)*

El autor *Carlos González*, mencionó en una conferencia “El parto y el inicio de la lactancia”, que no es adecuado que se le suministre ningún tipo de anestesia a la madre, esto debido a que a través del cordón umbilical le llega la dosis al feto, y nace adormilado, razón por la cual se le dan las primeras atenciones médicas. Sin embargo, lo más recomendable según el autor es que se coloque en el pecho de la madre al niño para que sea el primer contacto piel a piel y se reconozcan. (González, 2015)

El bebé al nacer, tiene la misma temperatura de la madre, pero al salir, el recién nacido se va enfriando y es por eso que la mayoría de las ocasiones, meten a los bebés a las incubadoras, para que no mueran de hipotermia, sin embargo esto no garantiza que el niño sobreviva ya que puede causar el fallecimiento por hipotermia, por esa razón se recomienda que el bebé se quede con la madre al nacer, ya que se estabiliza su temperatura y frecuencia cardiaca.

Aunque en muchos casos, el bebé llega a morir por hipotermia o una mala atención como es en el caso de la misma anestesia que le colocaron a la madre, el recién nacido nace adormilado y al no tener atención se le va la respiración y simplemente dejan de respirar y esto se conoce como muerte de cuna.

¿Pero qué pasa con la madre? ¿Cómo la mujer queda con el dolor después de la muerte de su hijo o como es conocido “el duelo perinatal?”, se considera que un 22 por ciento de las madres que han tenido una pérdida perinatal sufre algún trastorno psicológico como depresión o ansiedad, y un 15 o 20 por ciento de las parejas tienen problemas para superar el duelo. Aunque no hay acuerdo acerca de cuándo termina el proceso de duelo perinatal, hay autores que afirman que puede durar de dos a cuatro años, aunque al cabo de seis meses, un año del acontecimiento ya no suele constituir el centro de la vida emocional de los padres.

Lamentablemente en los hospitales, hacen lo contrario, anestesian a la madre para que no tenga dolores y cuando el bebé nace, inmediatamente lo separan de la madre y se lo llevan para limpiarlo y en ocasiones para bañarlos, después de un par de horas, inclusive hasta 17 horas aproximadamente se lo llevan a la madre para que lo amamante. Esto provoca que el bebé se destete de la madre entre dos o tres meses de edad.

Esta práctica se realiza en todos los hospitales públicos y privados, al separar al bebé de la madre tanto tiempo y alimentarlo con fórmulas industriales durante uno a dos días de nacido, en casos muy específicos hasta que la obstetricia dé la hoja de alta total, sin saber que, al alimentarlo con fórmulas, rompe el proceso natural con la leche materna y esto provoca que el bebé se destete prematuramente mucho antes de lo establecido que mencionan las normas y leyes de la salud de México.

Esta es una situación crítica ya que la leche materna tiene muchos beneficios para el desarrollo y crecimiento del recién nacido, porque contiene anticuerpos que protegen a los niños de infecciones respiratorias, gripes, asma, infecciones en el oído, diarreas, alergias, entre otras enfermedades y reduce el riesgo de una mala nutrición.

En el sistema de salud los médicos y enfermeros no están preparados ni capacitados sobre el tema de la lactancia, por lo cual no fomentan a que la madre le de pecho al recién

nacido y ninguna institución de salud, hasta el momento ya sea pública o privada, tienen el conocimiento de la importancia y los beneficios que tiene la leche materna como, por ejemplo: el calostro y las vitaminas.

La lactancia materna es una forma eficaz de asegurar la salud y la supervivencia de los recién nacidos. Menciona la OMS que, si todos los niños fueran amamantados, se salvarían cada año 820,000 vidas infantiles a nivel mundial. Solo el 40% de los lactantes menores de seis meses, reciben leche materna como alimento exclusivo, el 60% de los infantes se alimentan de fórmulas, las cuales no son tan nutritivas como lo es la leche materna.

La leche materna tiene que ser a demanda, esto quiere decir que no se debe esperar a que el bebé lllore para saber que tiene hambre, se debe amamantar a las primeras señales que el infante haga como por ejemplo: estar inquieto, meterse la mano a la boca o hacer pujidos o pucheros, al niño se le alimenta cuando él tenga hambre, no cuando la madre quiera o establezca horarios de comida, a esto se le da el término “a demanda”.

La leche materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para crecer, desarrollarse, estar sano, ser fuerte e inteligente. La leche materna contiene anticuerpos que protegen a los niños de infecciones respiratorias, gripes, asma, infecciones en el oído, diarreas, alergias, entre otras enfermedades y reduce el riesgo de una mala nutrición, además es de fácil digestión y evita el estreñimiento debido a las sustancias que tiene como lo son: los carbohidratos, proteínas, grasas naturales, minerales, vitaminas y hormonas que los bebés necesitan.

También ayuda a estabilizar la bilirrubina durante las primeras seis semanas de vida del recién nacido. Por otro lado, uno de los mayores beneficios para los padres es el tema económico, ya que, si el niño es alimentado exclusivamente con la leche materna, no gastarán en fórmulas u otros tipos de alimento o reacciones que conlleve el darle cualquier alimento.

El autor, Carlos González en su conferencia: (El parto y el inicio de la lactancia, 2015) mencionó que de acuerdo a un estudio realizado en Israel, se recomienda alimentar solo con leche materna al bebé hasta los seis meses de vida, ya que después de este tiempo,

la leche contiene más calorías y más grasas, además de que el niño requiere mayor cantidad de alimento y por esta razón su alimentación se debe complementar con alimentos sólidos, molidos, mejor conocidos como papillas, pueden ser de frutas o verduras para empezar. (González, El parto y el inicio de la lactancia (Parte II), 2015)

Al separar al infante de la madre al nacer también es violencia obstétrica, ya que causa daños tanto para el bebé como para la madre y este tipo de acciones hacen que la madre tenga un cierto rechazo hacia su hijo o viceversa, que el rechazo sea del hijo hacia la madre y por esta razón el niño no acepte que su madre lo amamante, y lo peor es que los médicos fomentan esta mala práctica y no invierten tiempo ni esfuerzo para capacitar al personal clínico, entonces cada que llega un enfermero o médico de nuevo ingreso, siguen las malas prácticas que vienen ejerciendo año tras año con el fomento de las fórmulas.

Muchas empresas como, Nestlé producen una variedad de fórmulas como alimento principal para los recién nacidos, desde los años 70 sigue convenciendo a las personas de que su leche preparada es mejor que la natural procedente del lecho de la madre. Regresemos un poco atrás en el siglo XIX, una de las primeras denuncias fue expuesta por la doctora Cecily Williams, en 1939, quien relacionó la leche artificial con la muerte de bebés.

Tras el boicot, Nestlé se comprometió a cumplir el código de buenas prácticas aprobado por la Organización Mundial del Comercio y por UNICEF, por el que se prohíbe la publicación sobre la leche preparada y el marketing a través de muestras gratuitas a las madres, entre otras medidas. Sin embargo, ni Nestlé ni muchas otras marcas productoras de leche infantil, respetan los términos de este acuerdo y siguen haciendo publicidad de estos productos y sobornan al personal hospitalario de países en desarrollo para que convengan a las madres de que la leche preparada es mejor que leche materna.

El último caso ha saltado en el año 2013 con la sanción a 13 médicos y enfermeras en China por recibir dinero de Danone para recomendar su leche en polvo. También la misma empresa hace sus malas prácticas en Turquía, tratando de convencer a las madres que a los siete meses ya no producen suficiente leche para alimentar a los bebés y que esta debe estar complementada con leche en polvo.

En una publicación del periodismo y opiniones públicas hacen referente a las fórmulas lactantes de marcas reconocidas incluyendo Nestlé, menciona que la Organización Mundial de la Salud ha sido enfática en mencionar que la lactancia materna durante el confinamiento, no se debe detener, ni siquiera en madres contagiadas con el coronavirus porque no hay evidencia de infección a través de la leche materna. De hecho, una investigación publicada en Nature muestra que la leche materna protege a los bebés contra los virus patógenos ya mencionados anteriormente.

En México solo tres de cada diez bebés reciben de manera exclusiva leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Este porcentaje se encuentra por debajo del promedio en América Latina (38%) y muy lejos de la meta mundial del 50% que impulsa la Organización Mundial de la Salud (OMS). según la encuesta nacional de salud y nutrición de México (ENSANUT) 2018, el 95% de las madres intentó amamantar a sus bebés, pero se les presentaron una serie de obstáculos que les impidió hacerlo de manera exclusiva los primeros seis meses.

La Norma Oficial Mexicana establece que las mujeres embarazadas o que recién dieron a luz, tienen el derecho de recibir información y orientación sobre la lactancia materna, esto en la práctica no se cumple, sobre todo en los hospitales privados. Otro factor relacionado al bajo porcentaje de lactancia materna en México, es el alto número de cesáreas. La OMS recomienda que el porcentaje de cesáreas en los países no supere el 15%, pero en México alcanza al 40% de los nacimientos en los hospitales públicos, y por encima del 80% en las clínicas privadas. Estos procedimientos quirúrgicos no siempre son necesarios, provocan que hasta un 20% de las mujeres decida luego no amamantar, por las molestias físicas que supone la recuperación.

Tampoco ayuda que separen al bebé de su madre en cuanto nace y que lo regresen horas después, cuando ya fue alimentado con leche en polvo, esto sucedió en un 58 por ciento de los casos, según un informe del organismo UNICEF, considera que es fundamental que madre e hijo se mantengan juntos mientras estén en el hospital, y que en este tiempo se resuelvan todas las dudas de las mujeres sobre cómo amamantar.

Ya que las empresas solo ven el beneficio de sí mismas sin importar el gran daño que le causan a la madre y mucho más al bebé, dándoles una fórmula que está hecha de

químicos sintéticos, ya que hay estudios que demuestran el impacto que tiene las fórmulas en los bebés. El primer síntoma negativo de alimentar al pequeño con fórmula son los espasmos, el estreñimiento, cólicos y el reflujo.

Aunque hay muchas demandas en las empresas por vender en el mercado productos no avalados por normas oficiales, siguen pagando grandes multas para seguir vendiendo su producto, también niegan y ocultan las cifras de muerte en los bebés por consumir sus “leches” industrializadas, sin embargo, las empresas pagan grandes sumas de dinero a los médicos y pediatras para que promuevan las fórmulas para la alimentación de los recién nacidos.

### **6.10 Violencia obstétrica en la ciudad de México**

La violencia obstétrica se ha convertido en un tema central para el sector de salud en la ciudad de México (CDMX). De acuerdo con la organización mundial de la salud (2019), se estima que una de cada 10 mujeres es violentada en el parto en México, en las instituciones de salud pública y privada, el abuso y vigencia se presenta con más frecuencia en instituciones de salud estatal (29%) seguidas del IMSS (28.7) y Centros de Salud (26.5).

La atención no consentida ocurre más en el IMSS (22.7%) seguido de instituciones estatales de salud (18.7%) y Centro de salud (16.7%). Los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (2016) indican que la violencia obstétrica la han padecido millones de mujeres en México.

A nivel federal, la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el período 2009-2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención gineco-obstétrica. Los resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2016 (ENDIREH) muestran que de las mujeres (2.9 millones) de 15 a 49 años que tuvieron un parto o cesárea, el 33.4% sufrió algún tipo de maltrato.

En la ciudad de México, la violencia obstétrica llega al (30.5 por ciento), seguida de un segundo grupo de entidades con una proporción superior al 25 por ciento: Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo.

Otro dato muy relevante es que la violencia obstétrica parece naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que la padecen. La mayoría de las mujeres entrevistadas refirió que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente, para no complicar su estado emocional.

### 6.10.1 Parto en México

Línea del tiempo del parto en México de 1500 al 2000.

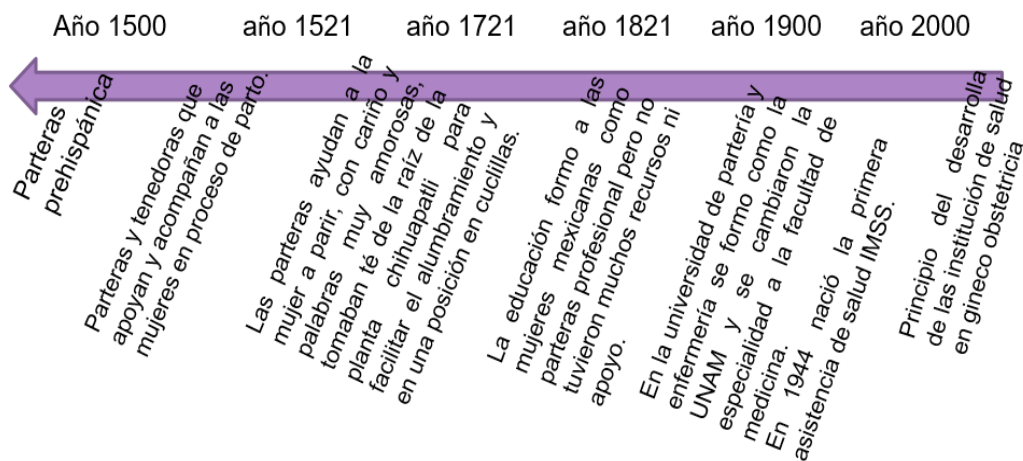


Figura dos: línea del tiempo del año 1500 al 2000, en la historia del parto en México.

Las parteras tradicionales contaban con enorme prestigio y atendían los partos con abundantes recursos terapéuticos naturales para aliviar problemas comunes de las mujeres durante el parto.

En 1500 en los antecedentes prehispánicos: Las parteras se encargaban del cuidado desde la concepción del ser humano, hasta dar a luz, daban consejos a la preñada, ordena a la familia, prohibían y advertían todo aquello que hacía daño al bebé, así como la buena alimentación que debía tener la parturienta. En el periodo del año 1500 al 1521 en la prehistoria: El ámbito sociocultural prehispánico que de la partera tenían, a partir de la concepción del nuevo ser humano hasta que veía la luz, dejó hondas raíces, por su poder reconocido en la comunidad.

Trabajo de las parteras y con sus tenedoras: durante trabajo de parto daban un baño a la parturienta después de este, le hacían beber la raíz molida con agua de una planta llamada Chihuapatli para empujar el feto hacia fuera. La partera se colocaba sentada frente a la parturienta y con ambas manos le frotaba el vientre para favorecer la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban, una en la espalda, en cuclillas y con sus dos manos apoyaba el vientre de la parturienta mientras que la otra tenedora de pie, le sostenía por los codos.

Creencias después del parto: Al resolverse el parto, la partera recibía al niño con frases amables y con ternura, al mismo tiempo cortaba el cordón umbilical con las uñas, con un fragmento de obsidiana o con un pedazo de otate, para más tarde al secarse, si era niña se enterraba junto al fogón, para aficionarla a su casa y cuidado de ésta, en el caso de ser varón se le daba a un guerrero para que lo enterrara en algún campo de batalla significando con esto que era ofrecido y prometido al sol y a la tierra.

Periodo de los años 1521 a 1821 en la época colonial: La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, comadronas, parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo.

En 1578 se realizó la primera cátedra de obstetricia: Se creó una cátedra de obstetricia y operaciones con duración de un año que hacían los estudiantes de medicina y para las parteras hacían en dos años el curso, asistiendo con los estudiantes de medicina. (Cabrera, 2012)

En el periodo de los años de 1800 a 1900, la educación formal de la mujer en México, en el Siglo XIX: Las opciones que tenía la mujer para estudiar en el siglo XIX, se centraban principalmente, en las profesiones de maestra y de partera.

En 1821, la partera en la época colonial: Hubo cambios relacionados con el vestido, la comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones, pero a la parte de los partos, no se les prestó ningún interés.

Periodo de 1821 a 1910 la nueva España al México independiente: desde el inicio de la colonia el protomedicato fue un tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. Tenía jurisdicción en todos los problemas de salubridad pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de medicamentos y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades. (Cabrera, 2012)

En 1833, exigencia de la escuela de medicina: la escuela de medicina de la ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres solamente, con educación primaria superior, la aprobación de un examen preparatorio y poseer conocimiento del idioma francés.

El 23 de octubre de 1833 las parteras en la nueva España: Valentín Gómez Farías, consiguió la clausura de la universidad y la creación de la dirección de enseñanza superior con seis establecimientos de ciencias. El cuarto de estos fue el de ciencias médicas, unió los estudios médicos y quirúrgicos, entre ellos el de la Partera.

En 1857 fue la constitución: La constitución liberal de 1857, constituyó la piedra angular del movimiento y el sustento legal para los siguientes 60 años, hasta la constitución de 1917. El liberalismo buscaba un cambio, donde las leyes garantizaran el pleno derecho de los individuos a ejercer actividades laborales, este liberalismo permitió que cualquier persona ejerciera actividades curativas sin la exigencia de una formación académica (Cabrera, 2012)

Matilde como partera en 1887: Matilde Montoya se titula como médica de la universidad nacional autónoma de México tras estudiar medicina ante el acoso médico para impedirle una exitosa práctica como partera.

En 1888 fue incremento de parteras: Se recibieron hasta 140 parteras tituladas después de que en 1841 se recibiera la primera.

En el periodo de años de 1901 al 2000 en el Siglo XX: Los avances científicos y tecnológicos de la obstetricia no se vieron reflejados.

En 1911 llegó el nacimiento de la enfermería universitaria y su importancia en la formación de parteras: La formación de parteras se vio integrada en 1911 en la escuela de enfermería del hospital general de México que pasó a depender de la escuela de medicina de la recién inaugurada universidad nacional de México en 1910 (Cabrera, 2012)

En 1912 nace escuela universitaria: con este nuevo cambio de dependencia, la escuela de enfermería y obstetricia nace como escuela universitaria, y el Dr. Fernando Zárraga se convirtió en el primer director, cargo que desempeñó por corto tiempo, al igual que los que le siguieron de 1911 a 1916, periodo de la revolución mexicana, de gran inestabilidad política que afectó a la universidad nacional. No obstante, el 11 de enero de 1912 se aprobó el plan de estudios para la carrera de enfermera y la de partera.

En 1929 fueron el año de la autonomía universitaria: Después de una larga lucha, el presidente de la república Emilio Portes Gil, en 1929 otorga la autonomía a la universidad nacional de México, reconociéndose desde entonces como universidad nacional autónoma de México. La escuela de medicina cambia la denominación a facultad de ciencias médicas, y en la escuela de enfermería se reestructura el plan de estudios de la carrera de enfermería a tres años y la de partera en dos años (Cabrera, 2012)

En 1933 fue el primer congreso de enfermería y parteras: Organizado por Celia Alvarado de Reyes Campillo, Esperanza Phabía y Eloisa Muzquiz Pérez. De este congreso de enfermería surgió la idea de que se hiciera la secundaria cómo antecedente de la carrera de enfermería, así como para estudiar obstetricia, cursar previamente enfermería.

En 1934 se realizó la asamblea de cirujanos y enfermeras: La asamblea nacional de cirujanos, enfermeras y parteras de la UNAM discutieron sobre la necesidad de elevar el nivel social y preparación de las enfermeras (Cabrera, 2012)

En 1944 la primera asistencia IMSS: Se inició la actividad asistencial del IMSS, las parteras ejercían libremente la profesión, la población las consideraba parte constitutiva del núcleo familiar al igual que el médico de la familia de la clase media y de otros estratos sociales más altos.

Cambio en el plan de estudio: Se modificó el plan de estudios incrementándose el número de asignaturas de 4 a 17 para la carrera de enfermera, materias que se iban perfilando a las nuevas necesidades de las especialidades, a la de partera se le agregó la asignatura de puericultura superior.

En 1945 separación de la ENEO de la facultad de medicina. La escuela de enfermería se separó de la de medicina y quedó como el esquema de la formación de las parteras profesionales. Se separó la enseñanza de las parteras manteniéndose después de los tres años de enfermería, los dos años requeridos para su formación hasta 1968 en que se suspendió la carrera de partera en la ENEO-UNAM (Cabrera, 2012)

En 1949 fue el nombramiento de instructoras: Se otorgó el nombramiento de Instructoras a las enfermeras Reynalda Pineda Serino y Elvira Dávalos Castillo para laborar en la escuela, fundamentando con ello, la importancia que las enfermeras fueran las que enseñaran la enfermería y los partos.

En 1950 las parteras en desarrollo histórico del instituto mexicano del seguro social (IMSS): Se observó el surgimiento y desarrollo de la partería profesional en México. Esta carrera, creada en el siglo XIX por la profesión médica como medio de eliminar a las parteras tradicionales y de acceder a las embarazadas, parturientas y puérperas.

En 1966 la licenciatura en enfermería y Obstetricia. ENEO-UNAM: El M. C. Alejandro Guevara Rojas, director de la ENEO, llevó a cabo los cambios de la reforma universitaria. La escuela adoptó el sistema de créditos, se estructuró el plan de estudios por semestres, se buscó la simplificación de las materias seriadas y se trató de dar congruencia y correlación entre las materias de cada uno de los semestres.

En 1968 aparece publicada en la gaceta de la UNAM: se publicó la creación de la licenciatura en enfermería y obstetricia y en la que textualmente dice: “en la escuela nacional de enfermería y obstetricia podrá optarse por el grado de licenciatura, lo anterior no implica la desaparición del actual grado académico; los alumnos que sólo tienen estudios de secundaria están en posibilidades de diplomarse en enfermería y obstetricia; para estudios de licenciatura es necesario que los alumnos sean bachilleres”. En este periodo también se eliminan las plazas para parteras en los hospitales. Los médicos atienden todos los partos en los hospitales y se comienza a capacitar a las parteras tradicionales en planificación familiar y en parto seguro para cubrir zonas rurales.

En 1969 egresa la primera generación de ENEO: Concluirían el año faltante siendo la primera generación de licenciatura en enfermería y obstetricia.

En el año 2000 inicia el siglo XX: A inicios de este siglo, la ginecología y la obstetricia están fusionadas y constituyen una especialidad médica de manera única. Se observan tratados de obstetricia por los mejores especialistas, mismos que hasta la actualidad se siguen actualizando. En respuesta al desafío del ODM 5 de reducción de la mortalidad materna, México adopta la estrategia de atención hospitalaria de todos los partos, para asegurar el acceso a atención obstétrica de emergencia (Cabrera, 2012)

### **6.11 Políticas públicas y la violencia obstétrica**

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana *NOM 007-SSA2-2010*, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (NOM 007), establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, parto y puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad. Su objetivo es homogeneizar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad.

La normativa de atención del parto, en la que se incluyen las obligaciones de integración del expediente clínico; no se permite el empleo rutinario de prácticas tales como la inducción del parto normal y la ruptura artificial de membranas, y se establece un

porcentaje recomendado de cesáreas, 15% para el segundo nivel y 20% para el tercero. (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012)

Estas normas se repiten nuevamente en este apartado, es de importancia mencionarlo porque no se llevan a cabo las normas que establecen la ley general de salud, como la norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, atención materno-infantil en México de la ley general de salud y las normas generales de la salud, para establecer un parto más humanizado.

La subsecretaría de prevención y promoción de la salud presentó en 2012 un proyecto de modificación a la NOM 007 ante el comité consultivo nacional de normalización de prevención y control de enfermedades (CCNPCE) que pretende actualizar y adaptar la norma oficial mexicana a la evidencia científica y técnica vigente, así como mejorar e impulsar el fortalecimiento de los servicios de salud.

Con respecto a la calidad de la atención se establece que ésta debe ser impartida con calidad y calidez, y se prevé la participación de la partería asistencial y la enfermería obstétrica con la finalidad de lograr menor intervención en el proceso fisiológico y natural durante el parto.

En cuanto a los procedimientos a realizarse durante la atención del parto, se reconoce la necesidad de contar con evidencia científica y respetar el consentimiento informado de las mujeres. Sin embargo, las modificaciones a la NOM 007 aprobadas en la sesión de la CCNPCE no han sido publicadas por la secretaría de salud federal. (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2012)

#### **6.11.1 Recomendaciones generales de las normas y leyes de la violencia obstétrica.**

El Gobierno Federal contempla en el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, estrategias encaminadas a fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios y promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas, razón por la cual, el 19 de diciembre de 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el

Decreto por el que se modifica el Reglamento de la Ley General de Salud, con el objeto de regular la atención médica que debe brindarse a las mujeres que presentan una urgencia obstétrica con independencia de su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

### **Legislación Nacional**

El Artículo 4to de la norma Constitucional NOM-007-SSA2-2016, contiene el derecho de todas las personas a la protección de su salud, estableciendo que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución”.

Estas son algunas normas oficiales mexicanas relacionadas con la violencia obstétrica por el sector de salud y comisión nacional de los derechos humanos.

NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida:

NOM-206-SSA1-2002 Regulación de los Servicios de Salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de residencia médicas objetivo y campo de aplicación.

NOM-001-SSA3-2012 educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

NOM-234-SSA1-2003 utilización de campos clínicos, para ciclos clínicos e internado de pregrado.

NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

NOM-016-SSA3-2013 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Estos Artículos vienen en las normas oficiales de la salud, donde mencionan un trato digno a las mujeres y un derecho a la salud así mismo como a una infraestructura de calidad en los sectores de salud, esto nos garantiza una atención de salud de calidad, ya que tenemos el derecho a un trato digno.

### **Violencia obstétrica en las entidades federativas.**

A partir del 2008, el concepto de violencia obstétrica fue incorporado en el orden jurídico de algunas entidades federativas, como los estados de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí. Cabe destacar que, en los Estados de Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, esta conducta se encuentra tipificada como delito.

El maltrato de las mujeres en las salas de maternidad se materializa como violencia obstétrica. Es necesario cuestionarse sobre sus efectos en la vida de las mujeres, los cuales pueden ser físicos o psicológicos. Ibone Olza Fernández, psiquiatra infantil y perinatal, estableció que aproximadamente el 35% de las mujeres después del parto, presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático, mismo que en algunas ocasiones, puede ser producto de las acciones u omisiones de los profesionales de la salud, esto lo menciona la CNDH en el año 2017.

Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos de las víctimas, lo que ha sido motivo de numerosas recomendaciones emitidas por los organismos protectores de derechos humanos de las entidades federativas, así como por esta Comisión Nacional. En el 2015, 2016 y 2017, esta Comisión Nacional ha emitido 28 recomendaciones por hechos constitutivos de violencia obstétrica, lo que a su vez produjo la vulneración de otros más.

### **Derecho a una vida libre de violencia.**

Es importante recalcar estos derechos para tomar en cuenta que son muy importantes para la mujer, no se toman en cuenta a la hora en que la mujer está dando a luz, o antes, durante y después del parto.

La Comisión Nacional, observa que las acciones que violan el derecho a una vida libre de violencia de las mujeres son conductas basadas en su género, las cuales se sostienen en la idea de una relación jerárquica de poder entre paciente y médico, lo que en ocasiones da lugar al maltrato.

En la relación personal médico-paciente, se disciplinan los cuerpos de las mujeres mediante la apropiación del trabajo del parto, con miras a imponer una definición medicalizada de él, conforme a la cual se alteran sus ritmos naturales y se desplaza a las mujeres, de su lugar de actoras principales a la condición de colaboradoras, cuando en realidad, son las mujeres las protagonistas del proceso de nacimiento, y son los médicos quienes están colaborando con ellas o apoyándolas.

### **Derecho a la protección de la salud.**

El Estado mexicano al ser parte de dicho instrumento, se obliga a reconocer el derecho a la salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, “de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

### **Derecho a la información y al libre consentimiento informado.**

Ambos derechos se encuentran estrechamente relacionados, ya que la satisfacción del primero garantiza el ejercicio efectivo del segundo. La declaración universal sobre bioética y derechos humanos en su artículo 6to dispone, que “toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica, sólo habrá de llevarse a cabo previo al consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”.

En el ámbito nacional, la carta de los derechos del paciente publicada en la página de la CONAMED, contiene el derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, mientras que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en los Artículos 29 y 30 dispone que el paciente tiene el

derecho “a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

### **Derecho a la libertad y autonomía reproductiva**

Este derecho se encuentra previsto en el Artículo 4to de la Constitución al decir: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, Por su parte el Artículo 16, inciso: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, establece que el estado debe asegurar en condiciones de igualdad “los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. En virtud de lo anterior, este Organismo Nacional acreditó la violación al derecho a una vida libre de violencia con motivo de la omisión de respetar el derecho.

### **Derecho a la igualdad y no discriminación**

El Artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos prevé que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”. Por su parte los Artículos 12.1, 12.2 y 14.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y 10.1 y 10.2 inciso del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales disponen que los Estados deben satisfacer “las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”; garantizar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”; asegurarle una “nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”, y adoptar todas las medidas apropiadas para “eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres” ( Organización de las Naciones Unidas, 1981)

## **Derecho a la vida**

El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de su ciclo existencial, sin que éste se vea interrumpido por algún agente externo. Este derecho tiene un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

## **La interconexión entre los derechos de la mujer y el producto de la gestación**

Este Organismo Nacional de Salud, considera que existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro.

Al existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos, para lo cual deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal.

Tal como se ha asentado en las Recomendaciones referidas, esta Comisión Nacional insta a las entidades, a implementar todas las medidas posibles, para evitar que hechos como los anteriormente descritos ocurran. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

## **Parto Respetado**

En el parto humanizado o respetado, la mujer embarazada puede, siempre y cuando su salud lo permita: “decidir el lugar del nacimiento en caso de ser un parto normal, sin complicaciones. Actualmente [tiene] la posibilidad de recibir atención de calidad en: su hogar, clínicas y hospitales; aceptar o no el uso de analgésicos o anestésicos; contar o no con un/a acompañante en todo momento y/o una partera; tener libre movimiento durante su trabajo de parto; elegir la postura durante el periodo expulsivo; definir el

destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes para ellas. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

### **Parto intercultural**

Así también, es importante la implementación y respeto del parto intercultural. En el Conversatorio “Los Derechos Humanos del Pueblo Maya, sus problemáticas y propuestas de solución”, organizado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en coordinación con la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán, el 20 de enero de 2016, los participantes dieron testimonio acerca de la problemática que les aqueja en materia de salud.

Las parteras y parteros tradicionales expresaron su sentir respecto de la reacción que en algunos casos presenta el personal de salud ante su intervención durante el parto. Específicamente, una partera tradicional expuso la discriminación y humillación de que son víctimas en el Seguro Social y en el Centro de salud. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos , 2017)

No hay legislaciones para estas normas y leyes, por lo cual en los sectores de salud en general no llevan a cabo estas normas y por lo tanto existe mucha violencia de género en contra de la mujer vulnerable.

### **6.12 Promoción de la salud, una mirada integradora**

La promoción de la salud busca redificar la salud a los procesos democráticos, legales y enfocados a los riesgos, que hagan hincapié en la descentralización del poder, los recursos y las responsabilidades en materia de salud para mejorar tanto sus condiciones de vida de las mujeres, como los recién nacidos para una calidad de vida. Así reducir los riesgos que viven las mujeres antes, durante y después del embarazo, sin dejar a un lado a los bebés que también viven la violencia obstétrica, especialmente dentro de las Instituciones de Salud Públicas y privadas, al no poder alimentarse con leche materna, si no con fórmulas industrializadas que les provoca una serie de padecimientos y daños a corto y a largo plazo, no con las propuestas de la Organización de las Naciones Unidas, ni lo que dicen muchos autores como la autora Chapela, más bien una crítica tener más crítica para poder abrir más hospitales.

La promoción de la salud se tiene que dedicar en las dependencias de las parteras y mujeres para que se siga fomentando más sobre el parto con respeto, tolerancia, amor y cariño. Las mujeres tienen que vivir su proceso donde las propuestas de salud les permitan tener un trato digno, donde no exista el empoderamiento por medio de los médicos y las personas o asistentes que brindan el trabajo laboral, sino solo un acompañamiento de respeto y confianza para que así las mujeres hagan el trabajo de la labor de parto lo más natural que sea posible.

En la promoción de la salud también es necesario partir de algunas consideraciones generales sobre los alcances del concepto de salud, pero en este caso se ve desde un enfoque de violencia hacia la mujer. Tiene relevancia, algunas de esas limitantes se expresan en: altos costos económicos y humanos de problemas cada vez más complejos, en el caso de la violencia obstétrica y todo lo que hay atrás de las instancias de salud. Como bien lo menciona la carta de Ottawa en 1986 *“las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad entre las mujeres y los hombres”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

Analizando estas propuestas, no se están validando en la realidad en los hospitales y centros de salud para aplicar estas condiciones que la carta de Ottawa y la organización mundial de la salud mencionan, sino todo lo contrario, siguen financiando a su conveniencia a la OMS, para que sigan agraviando mucha violencia en general y validando muchas situaciones como por ejemplo; la fertilización de la vida con costos muy elevados, donde muchas empresas garantizan implantar el embrión a la madre, pero no se hacen responsables en caso de que la mujer tenga un aborto espontáneo o si el embrión crece afuera de la matriz (en un ovario).

Los costos son muy elevados, ya que en una clínica de fertilización popular sus costos van desde los \$12,000, hasta los \$230,000. Son clínicas de mucha prevención ya que van a encontrar el desequilibrio de la naturaleza y pensando que son protegidas con la corrupción de las farmacéuticas, los medios de comunicación, así como del sistema político.

### 6.12.1 ¿Qué es la promoción de la salud?

La Conferencia de Ottawa de concebir la salud: *“para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”* (OMS, 1986)

La definición de la promoción de la salud según la doctora María del Consuelo Chapela Mendoza, *“Es la capacidad humana corporeizada de construir futuros viables y actuar en función de ellos. Las capacidades con las que todas las personas nacemos están en el cuerpo y dependen de sus funciones biológicas, pero también de los símbolos y significados adquiridos durante la vida.*

*Hablar de salud ya no depende sólo del buen funcionamiento del cuerpo biológico, se trata más bien de qué tanto pueden las personas ejercer sus capacidades humanas y sobre todo de cómo juegan en los juegos del poder, en función de avanzar de acuerdo con sus aspiraciones, sus sueños, sus proyectos y lo que imaginaron como deseos de futuros.*

*Así como el cuerpo es una unidad material y subjetiva, también incorpora el mundo social, sin el cual no es posible. Entonces, para poder mirar el cuerpo, es necesario mirar la trayectoria de las marcas que han quedado en él. Una marca puede ser un infarto, un tatuaje, una manera de vestir, las manchas en la piel, mil cosas más. Cada cuerpo es un mapa, un relato personal, una narración de vida”* (Chapela)

Estas fueron algunas de las definiciones de la promoción de la salud, un poco divagadas como las necesidades creadas que se imponen en el transcurso de la vida, tener carro, ropa de marca, joyas, estatus social alto, y quedan en el aire muchas cosas de los individuos como la valoración de la vida en el campo, las mujeres artesanales, los pueblos mágicos. Se tiene que trabajar mucho para rescatar al ser humano como personas amorosas, sensibles, fuertes, trabajadoras, respetuosas y por supuesto hacernos responsables de uno mismo para poderse hacer responsable de otra persona.

### 6.12.2 Estratégica de la promoción de salud para la violencia obstétrica

Según la carta de Ottawa, *“La estrategia pretende promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar, autonomía y capacidad para ejercer un mayor control sobre la salud, enfocado en las acciones de la promoción de la salud con la finalidad de crear nuevas culturas de la salud, para mejorar las condiciones de vida”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

Así como la calidad de vida de las mujeres que viven violencia obstétrica antes, durante y después del embarazo, el cual ocupa el primer lugar en violencia obstétrica y violencia de género especialmente en mujeres de México.

Se tiene que trabajar muy duro para alcanzar las estrategias ya que la humanidad está muy lejos de las estrategias de la promoción de la salud que se mencionan, debido a que existe en la actualidad mucha individualidad y corrupción, está difícil seguir el camino del bienestar de la salud y las políticas públicas.

**a) La elaboración de una política pública sana:** *“Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarlos así a asumir la responsabilidad que tienen al respecto”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

*“La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

En estos puntos que se mencionan en la carta de Ottawa de las políticas de salud, en realidad no se hacen visibles para la población, debido a que, en la mayoría de los

sistemas de salud, no garantizan un ambiente higiénico, ya que muchas mujeres luego de dar a luz salen con infecciones vaginales muy severas. Por un lado, está la infraestructura del hospital donde solo hay un baño con un inodoro para varias mujeres, sin un control de higiene, donde una o máximo dos veces al día se realiza la limpieza, la cual ocasiona que sea un factor de riesgo para la mujer que en esos momentos tiene abierta la vagina, es más fácil el contagio de bacterias o virus severos.

Por otro lado, se mencionan las normas, las leyes, lo que menciona la organización de la salud y otras organizaciones, acerca de la salud y el bienestar de las personas, pero en realidad es otra cosa cuando la mujer acude al sector de salud, desde una mala atención hasta perder la vida.

*“La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud, en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

**b) La creación de ambientes favorables:** *“Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inexplicable unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

Estas creaciones de ambientes favorables no llegan a la población mexicana por medio de los centros de salud y de ningún otro hospital ya que a las instituciones de salud no les importa informar a las personas de su bienestar, sino todo lo contrario.

*“El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en*

*que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificante, agradable, segura y estimulante” (Organización Mundial de la Salud , 1986)*

*“Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, trabajo, energía, producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud” (Organización Mundial de la Salud , 1986)*

A pesar de que la salud pública y la promoción de la salud tienen las estrategias para mejorar, no garantizan que se lleve a cabo en muchas de las instituciones ni por parte del mismo sistema que solo se encarga de burocratizar, en especial las instituciones de salud sexual y reproductivas, ya que en muchos de ellos tienen tecnologías de primera calidad o tecnología avanzada, pero para la mayoría de la población no está al alcance de sus manos, por los costos tan elevados, sin embargo las instituciones llegan a un trato de finanzas con el paciente para poder atender en el caso de las mujeres que dan a luz y esto lo hacen para poder tener a sus hijos en las mejores condiciones.

Pese a que las instituciones de salud les brindan la mejor calidad no quiere decir que estén acatando las estrategias de la salud pública o la promoción de la salud. Hago hincapié a este sistema burocrático ya que venden los seguros de pacto con facilidades de pago a los usuarios, pero en realidad es lo contrario, el paciente por un parto vaginal o de cesárea pagan el doble de lo acordado o de los costos establecidos. En ocasiones llegan a pasar dos o tres años y los padres siguen pagando el parto, sin mencionar que viene otro bebé en camino. Muchos de los hospitales se empoderan con la tecnología y las condiciones naturales para enriquecerse ellos mismos.

**c) El reforzamiento de la acción comunitaria:** *“La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder*

*real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos” (Organización Mundial de la Salud , 1986)*

*“El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera” (Carta de Ottawa, 1986).*

A pesar de que existe mucha información de la planificación para mejorar la salud, no es tan viable ya que no existen publicaciones saludables en los medios de comunicación y por parte el gobierno, ni mucho menos en las instituciones de salud.

En el caso de las mujeres que dieron a luz a sus hijos, no fomentan la leche materna a en la primera hora de vida del recién nacido, los alimentan con leche industrializada, a la madre no la alimentan desde que llega a la unidad de salud, sino hasta mucho después de que haya dado a luz y esperado un tiempo en la sala de recuperación.

En algunos estados como Oaxaca y Chiapas, prefieren operar a las mujeres para que no tengan más hijos o colocarles un método anticonceptivo sin su consentimiento, a darles información de prevención y de la importancia que tiene la leche materna, así como también los riesgos que afectan al bebé al ingerir leche en polvo y separarlo de la madre. Se tiene que hacer conciencia de lo que se está haciendo en esas unidades y fomentar las estrategias de la salud pública y la promoción de la salud para garantizar una vida saludable desde que el ser humano nace.

Así como tener conciencia de la realidad el nacimiento, los niños nacen en un lugar frío con las condiciones muy precarias, alejado del amor y cariño de la madre, no saber dónde está, ni quien es, dónde lo toman de un brazo o de una pierna, como si no tuviera valor humano, donde solo existen protocolos establecidos, la mujer y el bebé son números más, no se ven como personas con nombres, valores y principios. Más bien tratan a la mujer como si fuera un delito traer a la vida a un nuevo ser, como si ella tuviera la culpa de no informarse antes de su parto, tratan a las mujeres como objeto no como persona y

se apoderan de su cuerpo sin dejarlas elegir ni tener voz ni voto en el proceso de su parto.

En ocasiones piensa el personal de salud, que las mujeres son expertas en el proceso del parto y las tratan como maquinas reproductoras, **no sienten**, por lo tanto, pueden hacer y deshacer de la mujer como ellos quieran.

**d) El desarrollo de las aptitudes personales:** *“La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

*“Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

**e) La reorientación de los servicios sanitarios:** *“La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

*“El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo, deberán favorecer las necesidades por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos”*

Esto es contradictorio ya que el personal de salud lucha por el éxito, por el individualismo y no se hacen responsables de la salud de las personas.

*“La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

### **6.12.3 Acciones de promoción de la salud ante la violencia obstétrica**

*“La Conferencia llama a la Organización mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud, en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud. La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y todos los demás organismos interesados a sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta carta, el objetivo “Salud para todos en el año 2000, se hará realidad”* (Organización Mundial de la Salud , 1986)

La Violencia Obstétrica ha permanecido oculta y silenciada, disfrazada de normalidad o incluso manejada como una forma de proteger la vida de las mujeres. Sin embargo, la falta de calidad en la atención del embarazo y parto ha demostrado ser uno de los principales factores responsables de la morbilidad y mortalidad materna, junto con la discriminación de género, etnia, raza y clase, la violación de los derechos sexuales y reproductivos y la falta de accesibilidad a las Unidades de Salud, tal como ha sido documentado en estudios recientes y en este trabajo de tesis.

Existe evidencia científica reciente que muestra que una serie de prácticas médicas, que se realizan con regularidad en las instituciones de salud en la atención del parto son obsoletas y dañinas para la salud de la madre y del bebé.

Acompañamiento durante el trabajo de parto y post parto, reduce en un 50% la necesidad de cesárea, costos e intervenciones. Libertad de movimiento y posición durante el trabajo

de parto, reduce el tiempo de trabajo de parto, menos dolor, menos fármacos, bebés más saludables.

*“Tactos vaginales limitados y por una sola persona. Respeto de la intimidad y menos infecciones e irritaciones. No hacer episiotomía de rutina. Menos hemorragias, infecciones, complicaciones, mejor vida sexual de la mujer, menor costo. Permitir toma de líquidos y alimentos en trabajo de parto. Más energía y menos complicaciones, restringir el uso de oxitocina. Menos dolor, menos complicaciones para el bebé, menor costo, limitar la tasa de cesárea al 10-15%, menor morbilidad materna y neonatal, menor costo, contacto piel a piel con el bebé y espera de 1 a 3 minutos para cortar el cordón umbilical. Previene la parálisis cerebral, los trastornos de aprendizaje, la deficiencia mental y la anemia infantil”* (Consortio Oaxaca, 2011)

Las reformas presentadas y después de tener una modificación en el código penal sugeridas por la misma Comisión de Arbitraje Médico en el estado Oaxaca, las organizaciones de la sociedad civil estuvieron de acuerdo, incluye:

*“Situaciones graves como la esterilización o la aplicación de anticonceptivos sin consentimiento, las intervenciones injustificadas que dejan daños y secuelas de por vida en el cuerpo de las mujeres, el abuso de cesáreas sin justificación o sin consentimiento informado”*

*“Se penalizan las prácticas que no están apegadas a las normas y procedimientos establecidos por las leyes mexicanas. Se condena el trato ofensivo y degradante hacia las mujeres que se encuentran en un momento de vulnerabilidad y desprotección”*

*“Se define claramente que estas situaciones son condenables siempre y cuando se cuente con personal e insumos de materiales y equipo (no usado) y no haya peligro de vida para la madre y su bebé”* (Consortio Oaxaca, 2011)

En la carta de Ottawa también hace mención a una vida sin violencia como, la salud se crea y se vive en el marco en la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo, a la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive, ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud, así como el cuidado del prójimo y el planteamiento holístico

y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la clonación de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

## 7. ASPECTOS GENERALES

A través de las entrevistas que se realizaron a las mujeres que vivieron violencia obstétrica, al contar sus historias, me di cuenta de que las mujeres no saben que existe la violencia obstétrica, ni mucho menos las normas, ni la ley a una vida libre de violencia, así como también sus derechos de salud sexuales y reproductivos. Por lo cual el gobierno ni las instituciones de salud, no brindan información a las mujeres de sus derechos.

Las mujeres mencionan que, a la hora del parto, los médicos se encargan de hacer el peor momento de la vida para aquellas personas que, están trayendo una nueva vida al mundo y peor aún, dejando una huella de dolor y sufrimiento tanto para la madre como para el recién nacido por los malos tratos y negligencias del personal de salud en un lugar careciente de higiene y empatía.

Estas condiciones son malas prácticas y violentan tanto a la paciente que, en ocasiones llegan a creer que todo lo que hacen está mal y será su culpa si llega a existir alguna complicación, cuando no es así, esto es más bien una propaganda de difusión de las negaciones y mediática de la medicina alópata, donde gana la ignorancia al no saber que existen leyes y derechos que protegen a la mujer en el proceso del embarazo y/o parto, aunque esto va más por el lado de los derechos humanos. La responsabilidad es del estado por no apoyar a las mujeres en información adecuada, antes, durante y después del parto.

Con base a las anécdotas de los testimonios antes mencionados, nos dicen y todas coinciden, en que el parto puede ser la mejor experiencia de la vida, ¿pues quien no quisiera conocer y acoger entre su regazo a sus recién nacidos?, sin embargo y debido a la violencia vivida en el proceso del parto, llega a ser la peor experiencia para todas las

mujeres y desafortunadamente este suceso es más frecuente cada vez más en el territorio mexicano.

Lo peor de todo es que las humanidades comienzan a “normalizarlo” debido a la falta de información en los sistemas de salud ya sean públicas o privadas, además de que no hay un apoyo familiar por la misma razón, no existe una ley que prohíba estas malas prácticas (violencia obstétrica) ni mucho menos información acerca del tema o que busque erradicarlo.

La violencia obstétrica es también violencia de género, discriminación por raza o socioeconómica y la única forma de poder frenar esta violencia es:

- ✓ Demandando
- ✓ Informando a las mujeres y al personal médico
- ✓ Defendiendo los derechos de la mujer
- ✓ Capacitando al personal de salud
- ✓ Retomar las prácticas ancestrales
- ✓ Valorizando el parto

Solo por mencionar algunos puntos, pues hay un sinfín de conceptos.

Los testimonios, comentaron en la entrevista que se sienten expuestas, debido a que no hay justificación alguna para que el personal de salud que es muy rotativo, realice el tacto sin motivos y coloque medicamentos en el suero sin autorización ni consentimiento del paciente, recordando que todas las sustancias químicas llegan a afectar al bebé, como por ejemplo la testimonio Liliana José, menciona *“por los medicamentos que me pusieron, a mi bebé lo iban a tener en observación, pero fue muy poco tiempo, como tres horas, no le pude dar pecho luego, luego. Entonces lo tuvieron tres horas en observación y le tuvieron que dar fórmula. Después de terminar todo eso me pusieron en el cuarto y después me llevaron al niño, para que le diera pecho. Pero él no quiso pecho, lloraba”*.

Por otro lado Raquel en su testimonio nos cuenta; *“Al cabo de un rato me ponen la anestesia porque les decía que ya no aguantaba los dolores, me ponen la anestesia y me dicen que con esta ya no me va a doler, entonces me quedo dormida y cambian de turno y llega una doctora y me empieza a despertar, me dice “hija ya despiértate te voy*

*a revisar”, le digo bueno está bien, me mete la mano y me dice “ya se hizo del baño tu bebé, ya vamos a meterte” me van metiendo pero yo iba toda adormilada del cuerpo y de todo, no tenía ni fuerzas, entonces entrando me dice la doctora “¿si puedes pujar?” yo le dije, no siento mucho pero si, si puedo, me dice “ bueno está bien” entonces me abrieron de lo que es de la vagina al ano, me hicieron una abertura (llamada corte epidural), me la hacen y sale el niño y después me dicen que siga pujando y saqué lo que es la placenta, después de eso el doctor me comenzó a suturar, me dijeron, ahorita te enseñan a tu bebé.”*

Además de los medicamentos que el personal de salud agrega a los sueros, otra cosa que los médicos hacen sin el consentimiento de la mujer es el corte epidural, el cual no está justificado pues en la mayoría de los casos no es necesario que se realice para que el bebé salga, más bien esta mala práctica la realizan como proceso rutinario para ahorrar tiempo y esfuerzo de los mismos médicos.

Este corte es muy doloroso y molesto, pues la vagina es una zona muy sensible y está expuesta a cualquier tipo de infección por ser una zona delicada. Las mujeres al mirarse en el espejo y ver los daños de los estragos ya sea por una cesárea o por el corte epidural, les genera, dolor, coraje, impotencia, y hasta desprecio por ellas mismas hacia su cuerpo e inclusive por el bebé, se sienten mutiladas, dañadas y hasta feas por la baja autoestima. Este sentir llega a ser tan grande que inclusive las mujeres entran en una gran depresión la cual es llamada medicamente como depresión posparto y difícilmente las mujeres llegan a recuperarse, pues corren el riesgo de desarrollar una depresión grave en el futuro. En otras palabras, te quebrantan el alma con tanta violencia y en ocasiones de tanto tacto vaginal llegan a destrozar la vagina, al grado de no sentir más dolor a la hora del parto, pero tampoco placer a la hora de tener intimidad con la pareja.

Debido a la depresión posparto, las mujeres lo manifiestan con falta de apetito, sueño, fatiga, irritación, cambios en el estado de ánimo, así como sentimientos de preocupación y hasta arrepentimiento de tener el rechazo hacia el recién nacido.

La depresión posparto llega a afectar la relación de la madre con el hijo debido a que se rompe el vínculo natural y provoca distanciamiento entre ambos, que puede generar inseguridad en el bebé y un deterioro en su adquisición de conocimientos y aptitudes. Por

si fuera poco, también causa una afectación a la relación de la pareja sentimental de la mujer, pues con tantos abusos sufridos en su cuerpo, provocan un rechazo, distanciamiento y afectaciones en su vida sexual, culpando a la pareja por no sentir en carne propia, el dolor en general que lleva el proceso del parto. Además de los cambios físicos. Las mujeres en la depresión posparto tienden a perder interés en el sexo pues tienen dolor durante las relaciones sexuales y falta de lubricación debido a la sensibilidad de la zona vaginal.

El dolor es tan inmenso que causa grandes molestias como dolor de cabeza, mareos, dificultades para respirar y llevar hasta una convulsión por el dolor al orinar o sentarse y esto hace sentir más incómoda a la madre.

El testimonio Dalia Marín, nos comenta; *“Después de 3 meses de dar a luz a mi hijo, quise reactivar mi vida sexual con mi esposo, al momento de la penetración fue extremadamente doloroso, sentía que se me estaba abriendo nuevamente la herida por el corte perineal y hasta sentí como un desgarre, inmediatamente comencé a sangrar y obviamente ya no quise continuar debido al ardor y dolor que tenía, en ese momento pensé que probablemente era poco el tiempo que pasó después de la cirugía (aún teniendo en cuenta que ya había pasado la cuarentena) y que al paso del tiempo se me quitarían todas las molestias. Después de 2 años, puedo decir que ya no hay dolor, pero si hay sensibilidad pues de vez en cuando siento una sensación de pinchacitos y mucha sensibilidad”*.

A las mujeres les da miedo reanudar su vida sexual después del parto vaginal, ya sea por el miedo de sentir dolor, desgarre o no poder continuar, esos miedos hacen que las mujeres se tensen y tanta tensión pueda aumentar la sensación de dolor e incomodidad. Para ninguna mujer es placentero tener dolores ni molestias en la actividad sexual, pues la intimidad en pareja debe seguir activa ya que es parte fundamental en una relación.

Sabemos que la recuperación física de las madres tarda un poco pero cuando se les realiza el corte perineal, la recuperación es más lenta, por si fuera poco, otro tema que traen molestias e incomodidad es, el dispositivo intrauterino (DIU), el cual es una pequeña pieza de plástico flexible en forma de T, también conocido como AIU (anticonceptivo intrauterino), dispositivo que los médicos ponen en el útero de la mujer para evitar

embarazos, sin embargo en la mayoría de los casos, este dispositivo es colocado sin el consentimiento de las mujeres y los doctores se toman atribuciones que no les corresponden aprovechando que las mujeres aún están adormiladas y cansadas por el efecto de la anestesia y el trabajo de parto, esta mala práctica es otro tipo de violencia obstétrica.

El DIU, no siempre es colocado de manera segura pues hay casos donde las mujeres quedan embarazadas aun teniendo el dispositivo puesto, esto representa un mayor riesgo y grandes posibilidades de aborto espontáneo, aborto séptico, de corioamnionitis (infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen) y de parto prematuro.

La pérdida de los bebés deja un gran vacío en la vida de las mujeres y que nunca lo superan al 100%, el testimonio Rosalba M. nos platicó; *“Es muy duro que pases situaciones como la mía (la muerte de mi bebé), hubiera querido que me hicieran una cesárea de emergencia y a lo mejor mi hija estuviera conmigo en estos momentos”*.

La negligencia del personal médico es causada y el sistema corrupto por la falta de cuidado, atención aplicación y diligencia por no tener la sensibilidad suficiente aun sabiendo que una vida inocente depende de ellos. Es difícil superar la muerte de los hijos ya que es una acción irreparable que deja siempre una huella en los corazones.

El sector de salud, hasta el día de hoy sigue realizando diligencias, teniendo en cuenta que existen normas que defienden los derechos humanos de la mujer y leyes que siguen, sin ser respetadas por no llevarse a cabo ni en lo personal como en lo jurídico, cada día seguimos viendo y conociendo casos donde las mujeres siguen teniendo a sus hijos en los pasillo de los hospitales, en las salas de esperas y hasta en el suelo, hay recién nacidos que inclusive tienden a tener problemas en su desarrollo, no es posible que las mujeres sigan muriendo desangradas, y hasta mutiladas, esto es violencia obstétrica.

## 8. PROPUESTAS DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

En este apartado se trabajaron las propuestas desde la visión de promoción de la salud, para mejorar las condiciones de vida de las mujeres que viven violencia obstétrica en la ciudad de México.

México es el primer país en el mundo en violencia obstétrica y de género. La violencia obstétrica es un problema social, cultural, político, pero sobre todo de salud pública, no debemos dejar de lado la importancia de crear estrategias para mejorar las condiciones de servicio en las instituciones de salud para mujeres en proceso de gestación, debido a que la violencia obstétrica, ocasiona una serie de daños irreversibles en las mujeres e incluso en los recién nacidos, los cuales pueden llegar en el peor de los casos al fallecimiento, por las malas prácticas del sector de salud, aprovechándose de la situación de las mujeres y tomando una posición de patriarcado y empoderamiento hacia las mujeres, pues la labor de parto es un estado de vulnerabilidad para las mujeres, donde hay mucha criminalización por parte del personal de salud, donde en la sala de parto se ve una carnicería, cortes por donde sea, para agilizar el procedimiento, sin contentamiento y sin la necesidad de realizarlo, poniendo en juego la vida de sus hijos y de las mujeres.

El personal de salud es violento, no hay empatía, está enojado y esa ira la saca a la hora de dar una atención médica a personas en situación de vulnerabilidad y tenemos que frenar este problema de raíz, es por eso que es de suma importancia y necesidad, crear propuestas con la finalidad de mejorar el bienestar psicológico, social y cultural de las mujeres que viven violencia obstétrica y permitir que las mujeres tengan una vida libre de violencia.

- ✓ Realizar talleres en cada alcaldía y hospitales para todas las mujeres, no solo a las que estén en proceso de gestación sino toda aquella mujer que quiera saber del tema sobre los derechos a una vida libre de violencia y así puedan tomar sus propias decisiones antes, durante y después del parto.
- ✓ Crear una política pública de promoción de la salud, para mejorar la atención del personal médico, auditando sin previo aviso la atención del sector de salud, evaluando la atención brindada a los pacientes (mujeres y recién nacidos) con el

fin de obtener mejoras en el proceso de gestación y evitar violencia de género y obstetricia en todo el territorio mexicano.

- ✓ Crear una política pública que apoye a los varones para que las instituciones de trabajo les brinden de forma obligatoria con goce de sueldo, una licencia por un periodo amplio de ausencia (mayor a lo establecido actualmente) para poder involucrarse en los primeros días de nacido de sus hijos o hijas y de igual manera en el caso de la adopción de un infante.
- ✓ Humanizando y capacitando con charlas, cursos y prácticas educativas al personal de salud, para que conozcan sus derechos y responsabilidades de ellos mismos y de las mujeres, sensibilizar esta problemática y poder tener empatía con las mujeres y los recién nacidos porque es un derecho al trato digno para todos los involucrados en el proceso de gestación y parto.
- ✓ Dar a conocer al sector de salud que las mujeres tienen derechos y deben ser libres de violencia por medio de información que brinde el gobierno y todas las instituciones públicas y privadas a su personal médico, inclusive que esta información se brinde a los estudiantes y practicantes para sembrar esta cultura desde la raíz de la formación médica.
- ✓ Retomar las prácticas ancestrales para que las mujeres puedan parir desde la comodidad de sus hogares cálidos con parteras y/o madrotas, teniendo el apoyo, respaldo y amor de sus familiares si así lo desean, debido a que las mujeres se sienten más protegidas y acompañadas cuando un miembro de la familia está cerca dando fortaleza y tranquilidad.
- ✓ Fomentar el parto en casa, ya sea con algún personal médico o bien con una partera (de acuerdo con las preferencias de cada persona en proceso de parto), tomando en cuenta la voz y decisiones de la mujer, y que las mujeres sean quienes deciden como, donde y cuando pueden tocar sus cuerpos, con el fin de traer al mundo a sus hijos sin violencia ni discriminación.

## 9. CONCLUSIÓN

Este trabajo fue un comparativo de las normas y leyes que garantiza una vida libre de violencia en general, para ser más específica se menciona que la violencia obstétrica es la violación a los derechos humanos de las mujeres y/o discriminación en contra de la mujer por el sector de salud, tanto en el ámbito, público como el privado.

En esta tesis se dan a conocer estudios realizados por diversas instituciones mexicanas, donde se descubrieron hallazgos de actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminación e irrespetuosas prácticas violentas por el personal del sector de salud hacia las mujeres, se están visibilizando los actos violentos en el escenario obstétrica, lo peor de la violencia es que se está naturalizando por las instituciones y las legislaciones por las relaciones simbólicas de poder.

Así, la violencia Obstétrica representa una violación de los derechos humanos, derechos de la salud, se puede mirar hasta el día de hoy que las leyes y normas no se llevan a cabo y esto genera un grave problema de salud pública. Resaltando la falta de estrategias de prevención y enfrentamiento de la formación académica, la concientización de la gente, la movilización social, la creación de leyes y políticas públicas, es un desafío conjunto para garantizarles una asistencia obstétrica y firmada en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de tener una atención libre de toda violencia.

También se proporcionaron algunos testimonios de mujeres que vivieron en carne propia violencia, antes, durante y después de su embarazo, así como también sus familiares e hijos, los testimonios mencionaron lo contrario de lo que establecen la norma oficial mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, ley de salud, entre otras.

Las mujeres fueron maltratadas, violentadas, ultrajadas, agraviadas, insultadas, ofendidas y despreciadas, por el personal de médico. Las leyes y normas de salud, a una vida libre de violencia, no son aplicadas ni gestionadas por el personal de salud ni es monitoreada por ninguna institución gubernamental. El sector de salud obliga a la mujer a realizar su proceso de parto de la forma que más convenga al personal médico,

realizando actos innecesarios como, por ejemplo: la cesárea, corte epidural, fórceps y maniobras no apropiadas para el recibimiento de un recién nacido.

Los instrumentos quirúrgicos no deberían existir o pueden ser modificados, pues causan daños irreparables en el recién nacido así como a la madre a la hora del parto, recordemos que solamente existen dos tipos de partos, el parto vaginal y por cesárea, y aunque en México se han realizado más partos por cesáreas innecesarias, se busca concientizar al sector de salud para evitar violencia y malas prácticas, además, el nacimiento es un procedimiento muy importante en la vida del ser humano debido a que es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Por otra parte, se da a conocer la importancia de la lactancia materna para los recién nacidos ya que la leche materna contiene gran cantidad de nutrientes benéficos que ayudan a fortalecer el desarrollo psicomotriz de los bebés.

Es importante darle el valor merecido y reconocido a todas las mujeres que han sido víctimas de la violencia obstétrica y en memoria de todas las personas fallecidas por estas irregularidades, se busca concientizar al sector de salud para evitar más muertes en México.

## 10. GLOSARIO

**PERJUICIO:** *Es un daño que puede ser causado por una persona o cosa hacia algo o alguien. Suelen ser daños morales o materiales los que se producen cuando nos referimos a este concepto. (Economipedia, 2021)*

**EFACTORES:**

*Dicho de un impulso: Que determina la producción de alguna acción fisiológica en la parte del organismo a que llega. (Real Academico Española, 2021)*

**CITACIÓN:**

*Acto de la autoridad judicial o administrativa por el que se convoca a una persona para una comparecencia. (Realacademico Española, 2021)*

**PERMEADA:** *1. tr. Dicho de un líquido: Penetrar en un cuerpo o traspasarlo.*

**CONCEBI:** *Dicho de una hembra: Empezar a tener un hijo en su útero. U. t. c. intr. Está en edad de concebir. (Real Academico Española, 2021)*

**RATIFICARTE:** *Aprobar o confirmar actos, palabras o escritos dándolos por valederos y ciertos. U. t. c. prnl. (Real Academico Española, 2021)*

**TRANSVERSALIDAD:** *La transversalidad es uno de los conceptos más mencionados en los procesos de gestión social y ambiental. Sin embargo, también es un término poco entendido que necesita ser correctamente identificado para llevar a cabo acciones más efectivas dentro de una organización. (Solano, 2014)*

**TECNOCRÁTICO:** *adj. Perteneciente o relativo a la tecnocracia o a los tecnócratas.*

*Lo que caracteriza a la tecnocracia, a principios del siglo XXI, es la tendencia a suplantar el poder político en vez de apoyarle con su asesoramiento, asumiendo para sí la función decisional. Eliminando la división entre política como reino de los fines y técnica como reino de los medios, el tecnócrata abandona el terreno técnico-económico y de los medios de la acción social para meterse en el de los fines y en el de los valores, intentando que la decisión de tipo político y discrecional con base en criterios prudenciales y morales puede ser reemplazada por una decisión no discrecional, fruto de cálculos y previsiones*

*de tipo científico, sobre la base de puros criterios de eficiencia. (Real Academico Española, 2021)*

**ALIENACIÓN:** *Limitación o condicionamiento de la personalidad, impuestos al individuo o a la colectividad por factores externos sociales, económicos o culturales. (Real Academico Española, 2021)*

**CÚSPIDE:** *Remate superior de algo, que tiende a formar punta. Parte más alta de una montaña o de un lugar elevado, especialmente si tiene forma puntiaguda. "la cúspide de un cerro" (Real Academico Española, 2021)*

**DESPERSONALIZACIÓN:** *Estado en que el individuo percibe o vivencia una sensación de irrealidad con respecto a sí mismo o el ambiente; se presenta en trastornos tales como la esquizofrenia, los trastornos afectivos, los trastornos mentales orgánicos y los trastornos de personalidad. (Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2021)*

**MEDICALIZACIÓN:** *Es el proceso social que pretende convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. Disease mongering es la ampliación de las fronteras de la enfermedad a fin de acrecentar los mercados para aquellos que venden y proveen tratamientos. (La valle , 2014)*

**DERECHOHABIENTE:** *Dicho de una persona: Que tiene un derecho derivado de otra. Se refiere a aquella persona cuyos derechos derivan de otra. Habitualmente, se emplea este término para hacer referencia al heredero de una persona y, en consecuencia, beneficiario de los derechos de indemnización establecidos en una póliza. Por ejemplo, son derechohabientes los hijos menores de edad y los mayores incapacitados. (Real Academico Española, 2021)*

**ESTRATOS:** *Conjunto de elementos que, con determinados caracteres comunes, se ha integrado con otros conjuntos previos o posteriores para la formación de una entidad o producto históricos, de una lengua, etc. (Real Academico Española, 2021)*

**PRIMIGENIO:** *adj. Primitivo, originario. (Real Academico Española, 2021)*

**ALIENANTE:** *adj. Que produce alienación psíquica o limitación de la personalidad. El efecto alienante de la máquina es mucho más sensible aún cuando esta entra en contacto*

directo con el hombre, es decir, en la producción industrial. **1969** CARRERO, P. (*Hom. Universit. D. Alonso* 1970, 267): Esto no quiere decir que no alcancen [los jóvenes] un cierto grado de sana meditación, al lado de una inteligencia intuitiva más o menos coartada por las circunstancias de una vida social alienante. (Real Académico Española, 2021)

**PEDERNAL:** *m. Variedad de cuarzo, compacto, traslúcido en los bordes y que produce chispas al ser golpeado.* (Real Académico Española, 2021)

**OBSIDIANA:** *f. Roca volcánica vítrea, de color negro o verde muy oscuro. Es un felde pato fundido naturalmente, con el que los indios americanos hacían armas cortantes, flechas y espejos.* (Real Académico Española, 2021)

**LESNAS:** *1. s. f. Cuchilla de acero en forma de rombo con mango de madera.*

1. *Herramienta de los zapateros y otros artesanos para agujerear y coser.* (The free dictionary byfarlex, 2016)

**ALEACIONES:** *f. METALURGIA Acción y efecto de alear, unir homogéneamente dos o más metales.*

*METALURGIA Producto homogéneo de propiedades metálicas que se compone de dos o más elementos, uno de los cuales, al menos, debe ser un metal el latón es una aleación de cobre y cinc.* (The free dictionary byfarlex, 2016)

**TEJO:** *El tejo es un deporte de competencia, en el cual se enfrentan jugadores en forma individual o también por equipos. Hay varias adaptaciones del tejo: la más tradicional consiste en introducir el tejo dentro de un círculo metálico conocido como tejín o bosín, en los bordes del círculo se colocan cuatro mechas. Quien logre hacer explotar el mayor número de mechas, gana la partida.* (Secretaría de cultura y Deporte, 2020)

**TREFINAS:** *La trefina es un instrumento quirúrgico con una lámina cilíndrica. Puede tener varias dimensiones y concepciones dependiendo de lo que va a ser utilizado. Pueden ser especialmente diseñados para la obtención de un núcleo en forma cilíndrica del hueso, que puede ser usado para pruebas y estudios del hueso, cortar orificios en los huesos o para cortar una parte alrededor de la córnea para cirugía ocular.* (Educalingo, 1994)

**SUMERIOS:** *Los sumerios fueron una **civilización** cuyo origen se dio en la zona geográfica que se localizan en el Próximo Oriente, un territorio en el cual confluyen distintos medios como es el caso del desierto, oasis, costas, entre otras. Todos los aspectos mencionados anteriormente le otorgan a ese lugar un gran dualismo, en el cual es posible encontrar los lugares más inhóspitos del mundo, pero al mismo **tiempo**, laderas muy fértiles donde logrando desarrollarse las primeras civilizaciones del mundo.*  
(Concepto definición, 2021)

## 11. ANEXOS

### PRIMER TESTIMONIO

*José Juárez Liliana de 29 años, vive en unión libre con Enrique Estrada y actualmente tienen un hijo de 5 años.*

*Entrevistador: ¿Qué es para ti el nacimiento o qué piensas de él?*

*Entrevistado: Algo muy traumante. Porque en todo mi embarazo fue así, muy tranquilo no tuve ascos, mareos, nada, ni antojos, fue como si no estuviera embarazada, ya fue hasta por el quinto mes, que empecé a engordar, porque antes no fue así, entonces empecé a subir mucho de peso y cuando iba a mi seguimiento no tenía la presión alta, estaba como en el límite. Solo me pusieron a dieta y cosas así.*

*Pero de hecho cuando llegué a los ocho meses, un día amanecí súper hinchada, demasiado, entonces fui al doctor y ya tenía la presión muy alta. Entonces así me pasaron y me volvieron a medir la presión, me dijeron que tenía preeclampsia y me tenían que hacer cesárea. Fue muy rápido, me acostaron y me pusieron los medicamentos, escucharon si el niño traía latidos, que ni de hecho me podían poner el suero por lo hinchada que estaba, estaba demasiado hinchada, mucho. Entonces fue así, muy rápido. Luego, luego me pasaron a la sala de parto, sí me dolió la anestesia que me pusieron, entonces pues como estaba demasiado nerviosa ni la anestesia me hacía efecto rápido, si no tardó, de hecho cuando me empezaron abrir me dolía y sentía como me desgarraban.*

*Entrevistador: ¿Te pusieron la anestesia epidural?*

*Entrevistado: sí, la epidural*

*Entrevistador: ¿Qué piensas sobre la anestesia epidural, está bien o no?*

*Entrevistado: pues sí, sino cómo me iba a doler.*

*Entrevistador: Cuánto tiempo pasa en que te hiciera reacción la anestesia, para la cesárea.*

*Entrevistado: pues fue muy rápido, como en unos cinco minutos, pero no me hizo luego, luego porque sentí cómo se iban abriendo las capas de mi piel.*

*Entrevistador: ¿te dolía o sentías?, porque son dos cosas distintas*

*Entrevistado: sí me dolía, como si no me hubieran puesto la anestesia, el doctor me dijo “tranquila si no, no te agarra la anestesia” y no. Fue muy feo porque te abren y después que te sacan al niño te remueven todo lo de adentro así sale. ¡Ay no! es horrible y después cuando me estaban cosiendo ya no sentí nada, nada. Entonces sí que me tardó en hacerme la anestesia*

*Entrevistador: ¿Te sacaron al bebé con fórceps?*

*Entrevistado: no porque nació muy chiquito, entonces fue muy rápido, nació rápido, y ya el doctor me lo enseñó, pero me dijeron que, por los medicamentos que me pusieron lo iban a tener en observación, pero fue muy poco tiempo como tres horas. No le pude dar pecho luego, luego. Entonces lo tuvieron tres horas en observación y le tuvieron que dar fórmula. Después de terminar todo eso me pusieron en el cuarto y después me llevaron al niño, para que le diera pecho. Pero él no quiso pecho, lloraba. Ya solo estuve un día en el hospital.*

*Entrevistador: ¿a qué hora ingresaste al hospital?*

*Entrevistado: en la tarde, ya eran como las siete, ya era sábado y estuve todo el día del domingo y el lunes como a medio día salí, pero fue horrible salir, no era normal. Cuando estaba en el hospital todavía tenía los medicamentos y no me dolía, yo estaba normal así lo normal que no podía pararme porque tenía al niño que cuidar porque te lo dejaban ahí y hazte responsable de él, entonces cuando salí del hospital parecía que me habían atropellado, me dolía todo, no podía estar sentada, parada, acostada, no, no, me dolía horrible, sí fue lo peor del mundo de verdad. Fue algo muy traumante.*

*Entrevistador: ¿Cuándo saliste ya no te dieron medicamentos?*

*Entrevistado: no ya no me dieron, pero tardé en deshincharme más, salí hinchada, ya no tanto pero aún seguía hinchada.*

*Entrevistador: Pero ¿qué te dijeron los doctores respecto a eso?*

*Entrevistado: pues que era la preeclampsia por la presión, pero mucho que me había hinchado.*

*Entrevistador: ¿y no te dijeron por qué te dio?*

*Entrevistado: por tensiones, hay muchos factores, no estuve al cien por ciento tranquila durante el embarazo, entonces eso fue lo que pasó y ya estuve un mes en cama totalmente.*

*Entrevistador: regresando un poco atrás, tocas algo muy importante ¿por qué en tu embarazo no estuviste tranquila?*

*Entrevistado: problemas familiares*

*Entrevistador: ¿con tu esposo?*

*Entrevistado: con mi esposo*

*Entrevistador: en esos momentos, ¿qué te decía tu familia?*

*Entrevistado: en esos momentos no sabían al cien por ciento. Tuve problemas un día antes de que me hospitalizaran, eso fue lo que pasó.*

*Entrevistador: ¿qué problemas?*

*Entrevistado: discutimos y nos enojamos y eso fue lo que hizo que se me subiera así mucho la presión, y ya después de todo eso, estuve un mes en cama sin salir para poderme descincar y aparte por la herida, porque ni siquiera podía cargar al niño tanto por la cesárea, hasta que me quitaron los puntos.*

*Entrevistador: ¿En cuánto tiempo te quitaron los puntos?*

*Entrevistado: en un mes.*

*Entrevistador: menos de los cuarenta días*

*Entrevistado: si, fueron menos días porque fui al centro de salud para que me los quitaran y también me dolió porque los jalaron fuerte*

*Entrevistador: ¿pero no te sangró?*

*Entrevistado: no, pero me los jalaron fuerte y sentí muy feo y ya después de eso poco a poco me fui recuperando porque tardó en sanar, todavía me dolía, no igual pero cuando cargaba algo sentía el dolor.*

*Entrevistador: se despega la piel.*

*Entrevistado: pero ya después de todo eso ya está bien*

*Entrevistador: cuanto tiempo ha pasado del nacimiento de tu hijo*

*Entrevistado: ya cinco años*

*Entrevistador: ¿y ya no sientes molestias como piquetitos?*

*Entrevistado: de repente siento punzadas, pero me comentó un doctor que tardas en sanar por dentro más tiempo, dicen por fuera ya quedaste, pero por dentro es más tardado,*

*Entrevistador: ¿y cómo fue tu cesárea, es horizontal o vertical?*

*Entrevistado: es horizontal, pero yo digo que no esta tan grande*

*Entrevistado: ¡a muy bien! ¿tú que hubieras preferido, un parto normal o la cesárea?*

*Entrevistado: pues un parto normal*

*Entrevistador: ¿qué piensas del parto normal?*

*Entrevistado: pues que el parto normal te duele en el momento, pero no quedas tan marcada, imagínate de una cortada, siento que te recuperas más rápido que en una cesárea que tardas más en eso, puedes hacer tu vida normal, por el dolor y eso. Y también por el miedo que se te abra, porque eso es peor, se te infecta y es peor. Por eso te digo que es mejor el parto natural Sí duele porque ha de doler mucho es un ratito, pero después es normal.*

*Entrevistador: ¿no pensaste en tener a tu hijo con una partera?*

*Entrevistado: no*

*Entrevistador: ¿Por qué?*

*Entrevistado: no sé, siento que ahorita con la tecnología que ya tenemos, como para qué, ya si tenemos alguna complicación es más fácil que te atiendan que con una partera.*

*Entrevistador: ¿Entonces qué piensas de las parteras?*

*Entrevistado: pues, hacen buenos trabajos, pero ya dependiendo de cada persona y obviamente después de que tengas a tu hijo ves que, si viene bien o viene de cabeza, que no haya complicaciones. Yo, yo no lo haría, prefiero estar en un hospital, segura y que me atiendan rápido por cualquier cosa.*

## SEGUNDO TESTIMONIO

*Un sistema de salud autoritario y deshumanizado, como describe Raquel Paredes en su testimonio.*

*“Me fue negado el seguro social a partir de ser estudiante, porque en el seguro tienes que volver a renovarlo cada tiempo determinado y pues no lo renové, esto me llevó a acudir al seguro popular, pero no estaban en buen estado, ya que todavía escribían en máquinas de escribir, todavía usaban básculas como muy antiguitas, de hecho, la doctora todavía tenía los expedientes en carpetas muy grandes, no tenían computadora solo puras máquinas de escribir.*

*Este mismo día fui a sacar una ficha para que me atendieran, fui con mi papá y entrando al consultorio me empezaron a hacer algunas preguntas, pero la sentía muy déspota porque me regañó. A la edad que tenía me regañó, que yo tan chica (20 años) que tenía que estar pensando en otras cosas que en tener un hijo, esto me molestó mucho, después me mandó a hacerme un ultrasonido, pero nunca me mencionó que tenía que ir a la clínica que era otra, la cual, no era del seguro popular, y ahí tenía que pagarlo.*

*Entonces le comenté a mi esposo y me dijo que mejor cambiara mis papeles al Distrito Federal, de todos modos, todos mis ultrasonidos no me los puso el seguro, todos los tuve que pagar yo, por que según ellos nunca tuvieron el espacio para podérmelos hacer.*

*Me tocó un doctor que en mi punto de vista creo que no sabía nada, porque todo el tiempo fue medicamento, tuve una infección que jamás se me detectó en los estudios pero yo sentía ardor y tuve unas molestias, entonces no pasaba de la NITROFURANTOINA, era*

el medicamento que en mi embarazo podía tomar y la FENAZOPIRIDINA, un poquito más fuerte, sí había un tiempo que me ayudaba pero después ya no, ya no me hacía, pero no me podían subir otro medicamento más fuerte para embarazadas, entonces el doctor me decía muchas cosas, siento que se metía mucho en mi privacidad, porque me preguntó que si era casada como cuatro o cinco veces. Yo le decía que en eso andaba, que ya me iba a casar y él me decía “no la riegues no te cases ten a tu hijo sola, para qué te vas a casar estás muy chava” entonces yo no le contestaba. Pero nunca fue el doctor como de revisarme, yo tenía entendido que te revisan, no saben qué vas con un problema o no, como expidiendo un mal olor o esas cosas, dicen que también se te hinchan las manos en un tiempo porque las sales no las puedes sacar, las retienes, entonces a mí se me hinchaban mucho los pies y mis manos. Había escuchado de la enfermedad que les da a las embarazadas, la “preeclampsia”. A mi cada vez que iba al doctor me decían que me fuera a urgencias, que no era normal que se me hinchen los pies, no es normal que se te hinchen las manos, pero él no me revisaba, solo me tomaban la presión, como lo básico, escuchaban mis latidos, pero no me revisaban, todo era en ginecología.

En ginecología no te revisaban, y si te llegaban a revisar, yo sentía que era muy salvajemente, porque te metían la mano y si tú estabas dura o estabas como lastimada ellos te lastimaban más, entonces ya hubo un tiempo que le dije a mi compañero que ya no. (“Sabes que ya me siento muy bien, mientras no me sienta mal no tenga los síntomas de la “preeclampsia” no voy a estar yendo a la gineco”)

Llegó el momento en que empecé a tener los dolores de contracción y fui a la ginecología y la doctora que me empezó hacer una serie de preguntas, me dice que ya iba dilatada pero que iba con un 5 por ciento, entonces me dijo “vete a tu casa, descansa y cuando ya estés más dilatada o sientas más dolores fuertes, pues vienes”

Regresé a casa y tengo muchos dolores, pero jamás arrojé lo que era el agua o se me haya roto la fuente, yo me voy dando cuenta que va a nacer mi bebé porque lo que si salió fue el tapón, entonces voy llegando a la clínica con dolores. Me he percatado que hay mucha lentitud en ginecología, no te atienden rápido, aunque yo no iba muy grave pero no te atienden, a veces hasta se enojan y no te atienden como se esperó que te

*deban atender. Yo estaba ahí esperando a que me atendieran con los dolores pero los doctores por un lado, ahí platicando, los que te toman los datos estaban en su celular y luego iban y no estaban, entonces me firman mi hoja para que pueda pasar y me piden que me desvista, me puse la bata pero la bata ni broches tenía solo me la estaba agarrando con las manos y yo tenía mucho frio, luego te piden que no entraras con zapatos, te ponen bolsas de plástico, entonces ya me dicen que ya me voy a quedar, pues una vez en la cama empiezo a ver que hay muchas mamás que se están quejando. A mí me decía mi abuelita, que antes de que yo entrara a sala de parto que no gritara porque hay veces que los doctores tienden a ser muy groseros o no te atienden, entonces yo veía que muchas mujeres gritaban y las atendían.*

*Yo respiraba porque también me aconsejaban mucho acerca de la respiración porque ayudaban a disminuir las contracciones, yo veía que los doctores están más atentos con las demás mujeres, pero yo no, no sé si porque no gritaba o porque no estaba lista. Ya después de eso estaba ahí y tenía mucho frio, ese día me acuerdo de que llovió y luego el cuarto era muy frio, estaba muy frio el cuarto, fue tanto mi frio que no me acercaron una sábana, estaba toda destapada y luego tenía muchas ganas de orinar porque había tomado mucha agua, le pedí a una enfermera que estaba allí por qué nadie me hacía caso. Le dije, oye, me puedes acercar algo quiero hacer del baño y molesta me truena la boca y me avienta la nica y le dije gracias.*

*Y ya después empiezo a orinar porque no me podía parar lo tenía que hacer acostada, entonces ya me pongo la nica y empiezo a orinar y le levanto la mano, pero tan metidos que estaban con las otras mujeres como que a mí me ignoraban por completo.*

*Entonces le alzo la mano y le digo que ya está llena y me dice “ahorita, ahorita me la llevo” pero ahí me dejó un rato con ella, llegó el tiempo en el que se acercó una de las doctoras me empezaron a hacer algunas preguntas, me hicieron firmar un papel, de hecho me dijeron que si estaba dispuesta a que me colocaran el DIU, después de que naciera mi hijo, yo les dije que sí, ellos me dijeron que me iban a poner la inyección y me pusieron la raquea (anestesia raquídea), por si se llegara a complicar me hicieran la cesárea, entonces yo tenía mucho dolor de las contracciones, hacía las respiraciones pero ya no me ayudaban a controlar ese dolor, les hacía señas pero ya ni me volteaban*

*a ver, yo les decía ya me siento muy mal, creo que ya estoy dilatando más, me siento muy mal, siento que ya va a nacer, “no” pero ni iban a revisarme solo veían un papel que estaba ahí “ no ni alcanzas al nueve estas con siete de dilatación” necesitó que me revisen porque me duele mucho, “no ,no te podemos revisar mucho” se daban la vuelta y se iban, yo veía que con otras mujeres estaban ahí al pendiente de que iban y las revisaban y hasta enojados les decían no señora que todavía no está, pero las revisaban al fin y al cabo, a mí ni me revisaron.*

*Al cabo de un rato me ponen la anestesia porque les decía que ya no aguantaba los dolores, me ponen la anestesia y me dicen que con esta ya no me va a doler, entonces me quedo dormida y cambian de turno y llega una doctora y me empieza a despertar y me dice “hija ya despiértate te voy a revisar” le digo bueno está bien, me mete la mano y me dice ya se hizo del baño tu bebé, me dijo “ ya vamos a meterte” me van metiendo pero yo iba toda adormilada de cuerpo y de todo, no tenía ni fuerzas, entonces entrando me dice la doctora “¿si puedes pujar?” yo le dije no siento mucho pero si, si puedo, me dice “ bueno está bien” entonces me abrieron de lo que es de la vagina al ano, me hicieron una abertura (llamada corte epidural), me la hacen y sale el niño y después me dicen que siga pujando y saqué lo que es la placenta, después de eso el doctor me empezó a suturar, me dicen que ahorita me enseñan a mi bebé.*

*Luego vi como lo estaban limpiando, después me sacan de ahí y me llevan a un lugar donde me van a dar el pase para que me pasaran a ver mis familiares, pero me dijeron que me estarían pasando a revisar, entonces ya llevan al niño y está conmigo. Después me suben a otro piso.*

*Entrevistadora: ¿te subieron con todo y tu bebé o sola?*

*Sola y después me llevaron al niño como a la media hora ya después de que yo comí y de que reposé, después de la anestesia tenía mucho dolor.*

*Entrevistadora: entonces te lo quitaron como una hora después de que te subieron al siguiente piso, reposaste y comiste.*

*Sí, más o menos, pero él ya tenía mucha hambre, entonces ya después de eso estoy en el piso y te dan como toallas, me la puse, pero a la hora de esta se atora con el hilo. Yo*

*no me alcanzaba a ver para agacharme y me los jalaba me dolían y a veces se quedaban atorados los hilos. Después llegaban los familiares a verme, todo iba bien hasta que llegaban los cambios de turno, por que llegaban los doctores con los aprendices, y todos empezaban a platicar de mi caso porque en la habitación estaba yo sola, hasta que en la noche llegaron otras dos mamás, allí conmigo. Cuando estaba sola, para revisarme me metían la mano, toda la mano y lo hacía cada turno, la sacaban y la olían y decían que todo estaba bien, después de haber dado a luz.*

*Entonces en ese momento me meten el DIU, cuando me estaban zurciendo me metieron el DIU, de hecho sí me dolió porque me lastimaron. “te vamos a meter el DIU”. Estoy toda abierta.*

### TERCER TESTIMONIO

#### *Testimonio propio*

*Me quejé porque me estaba lastimando demasiado, él solo dijo: “déjese y póngase más floja, porque no puedo revisarla bien, acostúmbrese porque a la hora del parto, habrá mucha gente que le va a estar haciendo el tacto a cada rato, para saber cuánto lleva de dilatación”*

*Al escuchar esas palabras y al ver que no le importaba el dolor que me causaba, mis lágrimas fueron cayendo por mis mejillas y no tuve más que relajarme y que terminara con la revisión. Al estar haciendo de nuevo la revisión, tocando como si fuera un pollo destazado, aún seguía hablando con el enfermero sobre sus cuentas bancarias. Cuando vio mis ojos llenos de lágrimas me dijo: “con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales” le contesté que solo mi esposo, él respondió “pues por eso le duele mucho, está muy estrecha”*

*Al escuchar que dijo esas palabras, mi rostro cambió, no sé qué cara puse, pero al instante el doctor quitó sus manos sobre mí y mirando al enfermero me dijo:*

*“todo está bien, solo se le desprendió el tapón mucoso” luego se dirigió a mí; “levántese y vuélvase a vestir, mientras hago el informe”*

*El viernes 24 de junio del 2016, empecé con fuertes dolores abdominales y espasmos con un poco de sangrado, pero no fue hasta el sábado en la madrugada que ya los dolores eran más fuertes. Asistí nuevamente a urgencias en obstetricia en el Instituto Mexicano del Seguro Social, no más de veinte minutos cuando el doctor dio indicaciones para entrar al cubo de revisión, muy amable se presentó.*

*“Hola buenas noches soy el doctor Jorge Ibarra Ávalos, soy el ginecólogo de obstetricia, del turno de la noche, ¿Cuál es su nombre?”*

*“Todo está bien, estás comenzando el trabajo de parto, son las primeras contracciones, pero no hay dilatación, no tiene caso de que te quedes hospitalizada, mejor ve a casa y descansa, cualquier cosa anormal, no dudes en regresar, te dejo cita abierta en urgencias”*

*Más tarde llegó el anesthesiólogo y me dijo: ¿“tiene mucho dolor?, te vamos a poner una anestesia llamada epidural, conocida como la raquea, para que ya no te siga doliendo mucho, vas a sentir las contracciones con menos intensidad. No le pasara nada al bebé ni a ti. Solo tienes que firmar estas hojas de responsabilidad y que aceptar que te ponga la epidural”*

*Ni más ni menos la firmé sin poder leer con atención lo que decía el formato, por el dolor de las contracciones que tenía, me dijo el anesthesiólogo: “Ponte en posición fetal con la cabeza agachada entre las rodillas, vas a sentir frio mientras esterilizo la zona. Posteriormente vas a sentir caliente y un pequeño tipo de ardor. No te muevas”*

*Al poner la anestesia epidural me disminuyó bastante el dolor de las contracciones, pero no cabe duda de que es dolorosa, al acomodarme en la camilla nuevamente y estar abierta de piernas, llegaban de nuevo diferentes personas sin presentarse a realizar el tacto y a desinfectar la zona vaginal, era un dolor y ardor sumamente dolorosos. Se me fue la noción del tiempo, mantenía los ojos cerrados todo el tiempo posible. Cuando los abría, veía como las compañeras que estaban en la misma sala de parto daban a luz y las retiraban más rápido que a mí. Me puse muy nerviosa porque no sabía cuánto más estaría en la sala, aunque ya tenía la anestesia, seguía con el dolor fuerte pero soportable.*

*Llegó el momento en el cual los ginecólogos hacían nuevamente el tacto, pero ya no con los dos dedos, sino metían toda la mano a mi vagina, como si fuera cualquier objeto sin vida y sin valor. Fueron momentos de mucha agonía, ya no pude aguantar más el dolor y sin pensar, salían gritos de mi boca involuntarios por lo cual una persona del sexo masculino me dijo: “Ay señora usted grita más de lo que puja Va a espantar a sus compañeras. Mejor échele ganas porque sus compañeras que llegaron después de usted ya se aliviaron y ahora están en piso. A ver puje fuerte cuando llegue la contracción, así siga, así ya mero”*

*Mientras pujaba él se retiró sin mencionar otra palabra, pasaron las horas hasta que fueron las cuatro de la tarde y yo seguí pujando, sola y con la luz apagada de mi espacio de la sala de parto, se me fue la noción de lo que estaba pasando, solo pensaba cuánto tiempo faltaría para terminar esta agonía, pensé en un instante que me hicieran la cesárea porque ya no podía más con tanto dolor. De los medicamentos que me suministraron en el suero, ya no sabía ni quién era, de hecho, no recuerdo muchas cosas que pasaron.*

*Solo cuando el enfermero me llevó a la sala de cirugía y me pasaron a otra camilla, se presentó la ginecóloga que estaba en ese momento, que bien no recuerdo su nombre, me acomodé como ellos me indicaron con la pelvis en la orilla de la camilla con las piernas de extremo a extremo con los pies encima de los soportes, hizo el tacto y me dio indicaciones para pujar cuando llegara la contracción. Pujé lo más fuerte que pude unas cuatro veces, pero el bebé no salía, la ginecóloga hizo un corte peritoneo, sin siquiera mencionármelo. En ese momento sentí el dolor del corte, se lo hice saber porque me quejé, pero solo me dijo, “le duele o solo lo siente” con una voz muy fuerte y seca. Llegó una enfermera y me puso anestesia en la pierna derecha para que no me doliera mucho. Me volvió a dar instrucciones la ginecóloga para pujar más fuerte y mantener la respiración más duradera que podía, pero ni así nacía el bebé.*

*Tenía mucho dolor, estaba sin fuerzas y muy cansada por las horas que llevaba sin descansar, sin comer, sin tomar agua y sin poder ver a un familiar, al final se lo llevaron a los cuneros, fue todo lo que supe de mi bebé después de 17 horas, hasta el día siguiente.*

*Yo le decía a la ginecóloga que ya me dejara que estaba muy cansada, solo me contestó “Ya casi terminamos solo le estoy colocando el DIU”*

*Cuando llegué a los cuneros un asistente me preguntó que, si yo era la 438, le respondí que sí, en sus brazos ya traía a mi bebé, para que le diera de comer.*

*Algo muy curioso que pasa en las instituciones es que a las mujeres no las ven como un ser humano que tienen valores y principios, que tienen sentimientos y un nombre. Más bien las ven como un número más a la cuenta, sin respeto, ni dignidad, para ellos solo son un objeto al que le ven un signo de pesos o simplemente un número más, Por lo cual solo era la 438.*

*Al ver a mi bebé todas las emociones que sentía en el momento de parto, se desaparecieron cuando pude cargar a mi hijo con el amor de madre, cuando lo pude tener entre mis brazos, le di pecho para que comiera por primera vez, después de 17 horas de haber nacido y de no poder estar juntos, lo acaricié todo el tiempo que me dieron para alimentarlo.*

*En el transcurso del día, fui un par de veces a darle de comer, en las horas de la visita fui con mi esposo y después con mi madre, a ver al bebé sin poderlo cargar, tan solo verlo a través de un cristal, en las horas que podía verlo para alimentarlo asistía simplemente para tenerlo entre mis brazos nuevamente y saber que estaba bien, lo acariciaba y lo besaba para darle fuerzas mientras llegaba el momento de estar juntos e ir a casa. El día llegó, un martes 28 de junio del 2016 a las 15:30 de la tarde, por fin los dos juntos nos fuimos a casa.*

*No basta sentir mucho dolor a la hora del parto sino después al llegar a casa, la incertidumbre de cómo criar al hijo, si se llena con la leche materna, si está cómodo, si tiene frío, si duerme bien. Al pasar los días nos fuimos acoplando, le daba pecho a la hora que mi hijo lo pedía. Cuando él dormía, mis senos se llenaban de leche hasta sentir mucho dolor y recurría al tira leches, para poder reducir las molestias, así pasaron también los meses, aguantando el dolor de los senos y las grietas y moretones que el mismo bebé hacía al succionar el pezón para tomar leche.*

*En el tema de mi vida sexual es otro punto para tratar ya que, con el corte perineal, por el parto vaginal y los tactos frecuentemente que me hicieron, así como también los líquidos que me untaron en la vagina para esterilizar la zona, para que no hubiera bacterias, según los médicos, no dañen al bebé a la hora de nacer. Es muy incómodo y doloroso porque es una zona muy sensible, en ese momento lloré por el ardor y el dolor que causan los líquidos junto con los tactos a cada instante, más sumando el dolor de las contracciones.*

*Después de 4 meses de dar a luz a mi hijo, quise reactivar mi vida sexual con mi pareja, al momento de la penetración fue extremadamente doloroso, sentía que se me estaba abriendo nuevamente la herida por el corte perineal y hasta sentí como un desgarre, inmediatamente comencé a sangrar y obviamente ya no quise continuar debido al ardor y dolor que tenía, en ese momento pensé que probablemente era poco el tiempo que pasó después de la cirugía (aun teniendo en cuenta que ya había pasado la cuarentena) y que al paso del tiempo se me quitarían todas las molestias. Después de 2 años, puedo decir que ya no hay dolor, pero sí hay sensibilidad, pues de vez en cuando siento una sensación de pinchacitos y mucha sensibilidad.*

#### CUARTO TESTIMONIO

*“Cuando acudí al médico en urgencias fue porque estaba sangrando y sentía que mi bebé ya no se movía. Cuando estaba en la sala de parto, me colocaron el cinturón de monitor de latidos, para escuchar los latidos de mi bebé, se escuchaban muy despacio. El médico me realizó un ultrasonido de emergencia, miró que mi hija tenía el cordón umbilical enredado en su cuello.*

*Yo no sabía qué estaba pasando, solamente me colocaron la anestesia y me inyectaron oxitocina para provocarme las contracciones para que dilatara, al percatarme de la situación le dije al personal de salud, que me dieran el informe de mi situación, pero nadie me decía nada.*

*Cuando entró nuevamente la doctora me dijo que tendría a mi hija por parto vaginal, al volver a realizar el ultrasonido se percataron que ya no respiraba normalmente como respiran los bebés, no les importó y me dijeron que pujara, en las últimas contracciones,*

*como la bebé ya no se movía dentro de mi vientre me la sacaron con fórceps, porque ya no tenía la fuerza para empujar con sus piecitos, eso provocó que con los fórceps me rasgaran toda la matriz y el útero, provocándome mucho dolor y problemas al paso del tiempo.*

*Cuando sacaron a mi bebé me pusieron anestesia general para que no sintiera el dolor y no pudiera ver a mi pequeña ya muerta. Me cuenta mi esposo que al sacarla de mi vientre con los fórceps se apretó más el cordón y eso provocó su muerte total, y al sacarla con los fórceps, le desgarraron la piel de la sien y un poco de su cabeza.*

*Es muy duro que pases situaciones como la mía, hubiera querido que me hicieran una cesárea de emergencia y a lo mejor mi hija estuviera conmigo en estos momentos, esta fue mi historia y de lo que me acuerdo o que los médicos me hicieron creer”*

#### TESTIMONIO DE UN ENFERMERA

*Martina Lara: “cuando laboraba para el hospital de ginecología en la alcaldía Cuauhtémoc, pude observar que muchos de los médicos no saben realizar los cortes perineales, hacen el corte mal. Una vez me tocó observar cuando un médico le realizó el corte perineal hacia abajo a una paciente, cortando un poco el ano de la víctima. Entre médicos y enfermeras se dijeron entre sí, que solo realizarían la incisión aplicando bastante anestesia en la parte de la herida. De pronto se escuchó una voz decir, ¡“Que dolor va a tener en bastante tiempo”!*

*Se siente mucha impotencia, ya que al realizar un comentario que favorecía a la paciente me dijeron que por favor guardara silencio” y no puede hacer nada.*

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2016). *LEY GENERAL DE SALUD*. El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 219, de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/mx/mx159es.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1981). *CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA*. México. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100039.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf)
- Albarracin Miranda, J. C. (2018). *EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO. Algo de su Historia*. CDMX. Obtenido de <https://es.linkedin.com/pulse/el-instrumental-quir%C3%BAArgico-algo-de-su-historia-albarracin-miranda>
- Asociación Española de Enfermería en Cardiología. (2021). *Despersonalización*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://www.enfermeriaencardiologia.com/descriptores/despersonalizacion/#:~:text=Concepto%3A%20Estado%20en%20que%20el,y%20los%20trastornos%20de%20personalidad>.
- Barnsley, J. (2008). *El cuerpo como territorio de la revidia*. CDMX. Obtenido de [https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2017/08/el\\_cuerpo\\_como\\_territorio\\_de\\_la\\_revidia.pdf](https://mediacionartistica.files.wordpress.com/2017/08/el_cuerpo_como_territorio_de_la_revidia.pdf)
- c. (s.f.).
- Cabrera, I. P. (2012). *Antecedentes históricos de las parteras en México*. CDMX. Obtenido de <https://silo.tips/download/antecedentes-historicos-de-las-parteras-en-mexico>
- Chacón Vázquez, J. (2020). *Zoapatle: características, beneficios y contraindicaciones*. CDMX. Obtenido de <https://www.lifeder.com/zoapatle/>
- Chapela, .. d. (s.f.). *Una utopía emancipadora de promoción de la salud*. Obtenido de <https://enlacesx.xoc.uam.mx/17/archivos/chapela.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos . (2017). *SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. CDMX. Obtenido de [https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral\\_031.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf)
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (2017). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (PDF)*. CMDX: Gobierno de México. Recuperado el 2019, de <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>
- Concepto definición. (2021). *Sumerios*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://conceptodefinicion.de/sumerios/>
- Consortio Oaxaca. (2011). *Comunicado de Organizaciones por Violencia Obstétrica*. Oaxaca de Juárez. Obtenido de <https://consorciooaxaca.org/2011/12/comunicado-de-organizaciones-por-violencia-obstetrica/>

- Díaz García, L. I. (2018). *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile*. Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-68512018000200123&script=sci_arttext)
- Díaz, S. (2019). *Anestesia epidural en el parto: todo lo que tienes que saber*. CDMX: Bebés y mas. Recuperado el 25 de Junio de 2019, de <https://www.bebesymas.com/parto/anestesia-epidural-parto-todo-que-tienes-que-saber>
- Economipedia. (2021). *perjuicio*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://economipedia.com/definiciones/perjuicio.html>
- Educalingo. (1994). *Trefinas*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://educalingo.com/es/dic-pt/trefina>
- Elegida, G. d. (2021). *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL*. CDMX. Obtenido de <http://informe2015.gire.org.mx/#/politicas-publicas>
- En 1821 partera en la época colonial: Hubo cambios relacionados con el vestido, I. C. (2012). *Antecedentes históricos de las parteras en México*. CDMX. Obtenido de <https://silo.tips/download/antecedentes-historicos-de-las-parteras-en-mexico>
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. CDMX: pearson prentice hall. Obtenido de file:///C:/Users/Dulce/Downloads/Desarrollo%20psicol%C3%B3gico.pdf
- Fuente, J. R. (2017). *Iatrogenia*. CDMX. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368&sectionid=186913704>
- g. (s.f.).
- Galimberti. (2015). *Violencia Obstétrica*. CDMX: Universidad del valle de México. Recuperado el 2019, de <https://www.coursehero.com/file/70675633/Violencia-obstetricapdf/>
- Galimberti, D. (2015). *Violencia Obstétrica*. CDMX. Obtenido de [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)
- Gómez Meana, C. (25 de Noviembre de 2018). En México, 33.4% de las mujeres ha sufrido violencia obstétrica: GIRE. *Violenta los derechos humanos*, pág. 33. Recuperado el 2019, de <https://www.jornada.com.mx/2018/11/25/sociedad/033n1soc>
- Gómez Mena, C. (2018). *En México, 33.4% de las mujeres ha sufrido violencia obstétrica: GIRE*. CDMX: La Jornada. Recuperado el 18 de JULIO de 2019, de <https://www.jornada.com.mx/2018/11/25/sociedad/033n1soc>
- González, C. (2015). *El parto y el inicio de la lactancia*. CDMX. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=EQifmFN26b4>
- González, C. (2015). *El parto y el inicio de la lactancia*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=EQifmFN26b4>

- González, C. (2015). *El parto y el inicio de la lactancia (Parte II)*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=Xq8hiLwZPxM>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2012). *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO DE SALUD MATERNA Y PERINATAL*. CDMX. Obtenido de <http://informe2015.gire.org.mx/#/politicas-publicas>
- Identidad de Genero. (2012). *Establécese el derecho a la identidad de género de las personas*. Obtenido de Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se ag
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Desciende La Proporción De Personas Menores De 15 Años De 27.5% En 2014 A 25.3% En 2018: ENADID 2018*. CDMX. Obtenido de <https://crisolhoy.com/2019/05/09/desciende-la-proporcion-de-personas-menores-de-15-anos-de-27-5-en-2014-a-25-3-en-2018-enadid-2018/>
- Instituto Nacional De Las Mujeres. (2019). *La violencia en la atención obstétrica*. CDMX: Instituto Nacional De Las Mujeres. Recuperado el 25 de JULIO de 2019, de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/BoletinN4\\_2019.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. CDMX: INSP. Recuperado el 2020, de <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
- La valle , R. (2014). *Sobre Medicalización*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/17666\\_67-72-Lavalle%20Part%201.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/17666_67-72-Lavalle%20Part%201.pdf)
- Medina, R. (2019). *Testimonio*. CDMX.
- Middlesex Health ofrece más opciones de atención médica. (2020). *Las etapas del trabajo de parto y el parto: ¡llegó el momento de tener al bebé!* CDMX. Obtenido de <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/articulos/las-etapas-del-trabajo-de-parto-y-el-parto-lleg-el-momento-de-tener-al-beb>
- Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. (2009). *LA LEY GENERAL DE SALUD*. CDMX: Secretaria General. Obtenido de [https://docs.mexico.justia.com/federales/ley\\_general\\_de\\_salud.pdf](https://docs.mexico.justia.com/federales/ley_general_de_salud.pdf)
- Odent, M. (2016). *El bebé es un mamífero*. CDMX. Obtenido de <https://revistatarantula.com/bebe-mamifero-michel-odent/>
- OMS. (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SATUD*. ottawa. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud . (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SATUD*. ottawa. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. CDMX. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=7A114C6EB86FA127A397B4351F6776C1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=7A114C6EB86FA127A397B4351F6776C1?sequence=1)
- Perea, N. (2009). *PARTOS DOMICILIARIOS EN DIFERENTES GRUPOS*. Argentina. Obtenido de [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6023/perea-nelida.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6023/perea-nelida.pdf)
- Prado Murrieta, A. (2019). *Parir en oscuridad*. CDMX. Obtenido de [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2019-11/1er\\_LUGAR\\_ENSAYO\\_639\\_parir-en-oscuridad.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/igualdad-genero/2019-11/1er_LUGAR_ENSAYO_639_parir-en-oscuridad.pdf)
- Real Academico Española. (2021). CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://dle.rae.es/efector?m=form>
- Realacademico Española. (2021). *Efectores*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://dle.rae.es/efector>
- Rodrigáñez Bustos , C. (2007). *LA REPRESIÓN DEL DESEO MATERNO*. CDMX. Obtenido de <https://libros.metabiblioteca.org/bitstream/001/411/8/978-84-935141-4-3.pdf>
- Secretaría de cultura y Deporte. (2020). *Tejo*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/bogotanitos/recreacion/tejo#:~:text=El%20Tejo%20o%20Turmequ%C3%A9%20es,90%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.&text=El%20tejo%20desde%20sus%20inicios,el%20que%20actualmente%20se%20practica>.
- Secretaría de Salud. (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2/1993 "Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido"*. CDMX: SITEAL. Obtenido de [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_mexico\\_0090.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf)
- Secretaría de Salud, Ministerio de Salud. (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-*. CDMX: SITEAL. Obtenido de [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_mexico\\_0090.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_mexico_0090.pdf)
- Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios. (1984). *LEY GENERAL DE SALUD*. CDMX. Obtenido de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Significados. (2019). *Significado de Nacimiento*. CDMX. Obtenido de <https://www.significados.com/nacimiento/>
- Solano, D. (2014). *Transversalidad*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/transversalidad-marketing-social>
- The free dictionary byfarlex. (2016). *Lesnas*. CDMX. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://es.thefreedictionary.com/leznas>
- Villagómez, M. S. (2011). *Del testimonio y sus implicaciones*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 2019, de file:///C:/Users/Dulce/Downloads/577-2117-1-PB.pdf