

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

**MAESTRÍA EN DEFENSA Y PROMOCIÓN
DE LOS DERECHOS HUMANOS**

**Derechos Humanos y trato adecuado.
Una investigación-acción participativa
para mejorar el trato en los servicios obstétricos.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DEFENSA Y PROMOCIÓN
DE LOS DERECHOS HUMANOS

P R E S E N T A

NANCY ROBLES MARÍN

D I R E C T O R

Mtro. Eduardo Correa Senior

Ciudad de México, septiembre 2018

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

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

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México por generar espacios de reflexión y crítica que nos ayudan a comprender distintas situaciones y problemáticas de nuestra compleja sociedad.

Agradezco al Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal por el apoyo que recibí durante un año para concluir este proyecto.

A Servicios de Salud de Veracruz por el espacio a través de la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación para desarrollar las capacitaciones dirigidas a personal de salud.

Al Mtro. Jaime Molina Correa profesor-investigador de la UACM, por la colaboración y apoyo en este proyecto; y por ser la guía para encontrar un proyecto personal y profesional.

Al Dr. Alejandro Meza, por todo lo que aprendí y que sigo aprendiendo de él; como profesor, investigador, mentor y como un gran amigo.

Al Mtro. Eduardo Correa Senior profesor de la Maestría, por la disciplina que fomenta en los estudiantes y la crítica que nos impulsa a mejorar en nuestro aprendizaje, además de su incansable lucha por la defensa de los derechos Humanos.

Al Dr. Enrique González Ruiz, por sus enseñanzas y respeto que mostró hacia las personas que estudiamos en la maestría, además de compartir sus experiencias de lucha por la defensa y promoción de los derechos humanos en nuestro país.

A todos los profesores y a la profesora de la maestría; Dra. Pilar Calveiro, Dr. Óscar González, Mtro. Rubén García Clarck, Dr. Carlos Fazio, y por supuesto a Gaby González que siempre me recibió con una sonrisa y me asesoró en trámites.

A toda la gente de Xalapa que contribuyó directa e indirectamente a concluir este trabajo; mis compañeros y amigos en SESVER.

A mis amigas chilangas; Selene, Arlethe y Lore que me hacen sentir nuevamente en casa

A la querida Dra. Patricia Ponce por todo lo aprendido a través de su lucha imparable en defensa y protección del derecho a la salud, específicamente por su lucha contra el Vih y Sida; pero sobre todo por el cariño y compañía que me fortaleció en momentos difíciles.

A Gloria Marín, mi madre, por recordarme la importancia de concluir proyectos y proponerme nuevos retos. Por todos sus consejos-regaños que me hacen esforzarme y continuar construyendo un camino.

A Enrique Robles, mi padre, por criarme con mucho amor y disciplina. Por seguir presente a distancia.

A Gabriel Eguiluz, por el cariño, esfuerzo y paciencia que mantenemos.

Al ser humano maravilloso que cambió mi vida, Diego Eguiluz Robles, por el compromiso y retos que hemos asumido juntos.

En memoria

A mi hermana querida, Palmira Robles Marín.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MATERNA DESDE UN MARCO DE DERECHOS HUMANOS.

1. Dignidad y salud.
 - 1.1 La calidad y protección de la dignidad para la salud.
 - 1.2 La salud y protección de los derechos humanos.
 - 1.3 Derecho a la protección de la salud y trato adecuado.
 - 1.4 Trato inadecuado en la atención salud materna.
 - 1.5 Protección de la salud materna mediante el trato adecuado.

CAPÍTULO II. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CIENCIAS SOCIALES.

- 2.1 Aspectos históricos de la formación médica.
- 2.2 Estudios de la antropología acerca de la atención en salud.
- 2.4 Estudios en Sociología Médica de la violencia en salas de parto.
- 2.4 Estudios en psicología médica para mejorar el trato hacia la población

CAPÍTULO III. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN PARTICIPATIVA PARA UN TRATO ADECUADO EN LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS.

- 3.1 Enseñanza, Investigación y Capacitación como estrategias para evitar la violencia obstétrica.
- 3.2 Recomendación general de la CNDH 31/2017 por violencia obstétrica.
- 3.3 Sensibilización hacia el trato adecuado.
- 3.4 Intervención acción-participativa para mejorar el trato en los servicios de Salud de Veracruz.
- 3.5 Propuestas del personal de salud para mejorar la atención obstétrica.
- 3.6 Seguimiento de las intervenciones.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las mujeres se ha abordado como un problema de salud pública y como un asunto de derechos humanos. En este sentido, la organización Mundial de la Salud (OMS) en su reporte del 2013 ***Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer***, señala que 36% de las mujeres de América han vivido situaciones de violencia de pareja o violencia sexual ejercida por otras personas. Además, el informe señala actos de violencia que ocurren en espacios privados y en el ámbito público y gubernamental.

Desde el enfoque de salud pública, en México, desde la década de los 90 se realizaron estudios sobre violencia en el núcleo familiar e institucional (Bedegral, 1991; Duarte, 1992; Ramírez, 1993; Heise, 1994). En estos estudios se desarrollaron argumentos en los que se considera la cultura y la masculinidad como elementos detonadores de la violencia hacia las mujeres.

Por lo anterior, algunas investigaciones sobre violencia hacia las mujeres en instituciones públicas (Elu, 1993; Elu y Langer, 1994; Castro y Erviti, 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Vazquez y Salazar, 2011; Valdez, Hidalgo y Mojarro, 2013) se han enfocado en la atención que brinda el personal durante el embarazo, parto y puerperio.

Recientemente, Amnistía internacional (2016) informó que en México, como en otros países de América Latina, las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de sufrir maltrato cuando llegan a hospitales públicos. Dicho organismo refiere que el maltrato va desde; negativa de tratamiento, regaños, burla y restricción en la toma de decisiones.

También se han reportado frecuentemente prácticas de maltrato hacia mujeres embarazadas con VIH y Sida. Dicho maltrato va de regaños y humillaciones hasta esterilización forzada; que consiste en colocar dispositivos intrauterinos o esterilizar a las mujeres sin su consentimiento.

Además de los informes, también se han redactado notas periodísticas y publicaciones en redes sociales, sobre la inadecuada atención hacia mujeres embarazadas. Por ejemplo; el caso de la joven mazateca de 28 años que con 36 semanas de embarazo acudió al Centro de Salud Rural San Felipe Jalapa de Díaz; Oaxaca. Al llegar encontró

el nosocomio cerrado, buscó a personal para que la atendieran y sin obtener respuesta dio a luz en el patio del hospital (CNDH, 2014). Esta noticia desató las observaciones sobre las constantes violaciones de derechos humanos hacia las mujeres que ocurren en las instituciones de la salud. Además, mostró las barreras de acceso y expuso la problemática de las mujeres que viven en comunidades alejadas.

Otro caso conocido por su difusión en medios, fue el de una mujer de 23 años de edad, que con 36 semanas de embarazo, acudió con dolores de parto a un Centro de salud rural en Oaxaca. Los médicos de guardia indicaron que aún faltaba tiempo para el nacimiento de su hijo y le negaron el ingreso. Unas horas más tarde, los dolores de parto aumentaron y la mujer dio a luz en la vía pública (CNDH, 2014).

Como violaciones de derechos humanos, también se han denunciado casos por negligencia médica. Tal es el caso de una mujer de 32 años que acudió al Hospital de Minatitlán, Veracruz. Durante el parto fue obligada a cambiarse de camilla por sí misma, lo que provocó la expulsión y caída del recién nacido al piso. Este hecho no afectó la salud del menor, sin embargo se comprobó agravio hacia la madre y su hijo, por lo que se dirigió una recomendación al gobernador del estado de Veracruz. (CNDH, 2013)

De acuerdo a los casos anteriores, existen diferentes prácticas y conductas en materia de salud que son señalados como violaciones de derechos humanos. Por lo tanto, podemos delimitar que las violaciones de derechos humanos que se presentan en la atención a la salud materna, son un conjunto de acciones u omisiones que ejercen los prestadores de servicio, y que ponen en riesgo la salud y dignidad de las mujeres.

Dignidad y protección de la salud materna

El tema de la protección de la dignidad ha sido un reto y preocupación en diferentes instituciones públicas, tales como; centros de readaptación social, instituciones de salud, instituciones educativas e instituciones relacionadas al uso de datos e información personal, etc.

Por lo tanto, la protección a la dignidad es un tema muy complejo que va más allá del concepto de autonomía. En este sentido, podemos pensar la dignidad como una herramienta que integra el compromiso y responsabilidad social de las personas para la defensa y protección de sus derechos.

Respecto a esto, Herrera (2008) comenta que los derechos humanos son reclamados en los procesos de lucha por la dignidad humana. Por ende, la dignidad no es algo que esté dado sino que se construye entre individuos en diferentes momentos y espacios.

De esta forma, Herrera describe que la dignidad tiene relación con la actitud y la aptitud. La actitud que equivale a la disposición para hacer y la aptitud que es la habilidad para desarrollar lo que estamos dispuestos hacer. Esto refiere que, los Derechos Humanos son *productos culturales* que propician actitudes y aptitudes, encaminadas hacia construir caminos para una adecuada conformación social.

Por lo tanto, como parte de la protección de la dignidad; la reciprocidad y las actitudes de respeto son compromisos éticos; pero sobre todo son una responsabilidad activa y participativa.

De tal modo que, mientras el concepto de dignidad se entienda cómo algo inherente o como una condición o característica individual; no lograremos construir un concepto que tenga significado colectivo. Como mencionó Aristóteles, no hay otra forma de adquirir y consolidar estas virtudes que a través de su ejercicio habitual.¹

De acuerdo a lo anterior, el respeto a la dignidad debe presentarse como una práctica habitual e institucional en espacio públicos y privados.

En las instituciones públicas, el respeto a la dignidad se ha promovido mediante el trato digno. Algunas instituciones, como el sector salud, a consecuencia del alto número de quejas de maltrato, se han reforzado programas para mejorar el trato hacia la población. Las normas oficiales en salud (NOM-007; NOM-011, NOM025) definen el trato digno como; *un elemento primordial para el completo bienestar físico y mental de las personas*. Los servicios de atención que integran este concepto son: salud materna, salud mental y enfermedades terminales.

A pesar de que el trato digno se encuentra dentro de la normatividad y programas de salud, las instituciones aún carecen de medidas de trato estandarizadas en todas las

¹ Ver: Pellegrino, Edmund, "The Virtuous Physician and the Ethics of Medicine", en: Earl E. Shelp (ed.), *Virtue and Medicine: Explorations in the Character of Medicine*, Dordrecht, Kluwer, 1985, p. 243.

áreas de atención. Además, se observa falta de precisión en el concepto, estrategias y líneas de acción. Posiblemente este es el motivo por el que no se ha logrado unificar los protocolos de trato en las instituciones.

El maltrato y la discriminación, son comportamientos que vulneran la dignidad de las personas, y tiene repercusiones sociales porque genera desánimo de la población para acudir a las instituciones públicas por temor o desconfianza. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012), los grupos que han sido históricamente discriminados no acuden a los servicios de salud periódicamente, por lo tanto se enferman y mueren antes que otros grupos sociales.

Desde este enfoque, en julio del 2012, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) publicó ***Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad***, en el que refiere que; si la percepción de la población acerca de la calidad y el trato es mala, indudablemente eso influirá al tomar decisiones respecto a su salud.

Actualmente las instituciones de salud en México promueven la no discriminación y el trato digno en todas las áreas de atención. Esta estrategia se ha implementado con mayor rigor en la atención materno infantil, principalmente porque las mujeres son consideradas como grupo en situación vulnerable; además porque en el decreto de la Norma 007 del sector salud, se especifica que, al adoptar los objetivos del Milenio en el año 2000, el Estado mexicano se comprometió a disminuir en el 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años y a mejorar la salud materna; sin embargo, este objetivo no se logró cumplir.

Derechos humanos y violencia obstétrica.

En el tema de salud materna, Argentina fue el primer país en América Latina que integró la definición de violencia institucional y en el 2004, se promulgó una ley que se conoce como Ley del Parto Humanizado. Posteriormente, Venezuela en el 2007 integró en su ley acceso de las mujeres a una vida libre, la definición de violencia obstétrica como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud,

que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales"². Años más tarde, otros países de esta región han integrado en leyes orgánicas la definición de violencia obstétrica con algunas variantes.

En el caso de México también se ha tomado como base la definición venezolana de violencia obstétrica para integrarla en sus leyes de acceso, y en otros casos, integrarla en el código penal (Veracruz, Guerrero y Chiapas). Es importante mencionar que Veracruz es el primer estado que definió la violencia obstétrica como delito en su código penal desde el 2012, no obstante, hasta el momento no se conoce ningún proceso penal por este delito.

A partir de los datos anteriores, grupos de la sociedad civil e investigadores han emitido distintas posturas, una de ellas es el rechazo de sanciones penales hacia personal de salud, porque lejos de resolver el problema, crean una relación inadecuada entre prestadores y usuarias.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) encargado del monitoreo y litigio en casos de violaciones a Derechos Sexuales y Reproductivos, publicó en el 2013 un informe en el que detalla datos sobre violencia obstétrica en nuestro país. En Veracruz, el grupo solicitó a la Dirección de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) información sobre las denuncias presentadas por el delito de violencia obstétrica o sanciones por conductas inadecuadas en los servicios de obstetricia. La dirección de asuntos jurídicos de SESVER respondió que no tenían registradas quejas de violencia obstétrica. Esta situación pone en evidencia que, aunque existen registros sobre violencia obstétrica, los actos que podrían cumplir con las condiciones de la definición legal, no transitan hacia un procedimiento penal. La ausencia de denuncia penal de la violencia obstétrica, obedece a múltiples determinantes, sin embargo la falta de competencias por parte del personal de salud,

2. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela. Capítulo II. Definición de Violencia contra las Mujeres. Artículo 15: Formas de violencia. Artículo 51 Capítulo VI, de los delitos.

para identificar y denunciar este tipo de acciones, lo cual incluye su omisión intencional, para evitar sufrir una sanción.

Partiendo de la falta de denuncias y las faltas de claridad en las acciones por parte de las autoridades, en este trabajo plantearemos estrategias que se construyeron durante una metodología de investigación-acción participativa, en la que se reemplaza la visión sancionadora por un ejercicio psicosocial en el que se analiza y se participa dentro la situación institucional.

El trabajo consistió en una serie de intervenciones para identificar el contexto psicosocial que deriva en la vulneración de derechos de las mujeres en los servicios de obstetricia.

Al buscar acciones pedagógicas en servicios de obstetricia, encontramos que se han hecho intervenciones en 26 estados mediante capacitaciones llamadas ***Estrategias para la promoción del buen trato de la atención obstétrica en los servicios de salud*** (Valdez, Arenas, Rojas, Lomelin y Ortega, 2014) Estas capacitaciones se enfocaron en sensibilizar al personal sobre la importancia del buen trato y del respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el proceso de atención.

En dicho taller, se abordaron esquemas culturales asociados al maltrato. En este sentido, retomamos la importancia de identificar las situaciones que provocan conductas inadecuadas. La identificación y modificación de actitudes que afectan la atención en los servicios de salud, es una tarea primordial para la capacitación del personal en materia de Derechos Humanos.

De acuerdo a lo anterior, en el primer capítulo se describirá el marco jurídico que protege la salud materna. De igual forma, se describirán las directrices internacionales que rigen la atención obstétrica desde un marco de Derechos Humanos.

El segundo capítulo describiremos diferentes situaciones en las instituciones de salud que repercuten en la calidad de la atención, específicamente en el trato. En este capítulo nos basaremos en las todas las problemáticas que perciben las usuarias pero también la formación de los modelos de salud y las estructuras sociales dentro de los hospitales.

El tercer capítulo se plantea una estrategia psicosocial para mejorar el trato en los hospitales de Servicios de Salud de Veracruz mediante una metodología de investigación-acción participativa en la que el personal de diferentes hospitales de Veracruz identificó las responsabilidades en los servicios de obstetricia y reconoció la importancia de las expectativas no médicas.

Apartado metodológico

A partir de los antecedentes y observaciones realizadas en las capacitaciones a personal de obstetricia en los Servicios de Salud de Veracruz, se identificaron actitudes de los prestadores de servicio relacionadas a conductas de maltrato. Por lo anterior, este trabajo se desarrolló mediante intervenciones dirigida a profesionales de la salud (personal médico, administrativo, enfermería, y trabajo social) para generar espacios de reflexión acerca de prácticas que vulneran la dignidad de las personas y sus derechos humanos.

Para fines de esta investigación, describiremos la metodología que utilizamos para generar reflexión y propuestas con perspectiva de derechos humanos.

Investigación acción participativa

La Investigación, Acción Participativa (IAP) permitió incluir aspectos teóricos de derechos Humanos, y vincularlo con las opiniones de los participantes durante los cursos de capacitación.

La IAP es la articulación de lo teórico y lo práctico desde una propuesta de cambio social; y una visión analítica que permite a un grupo determinado tener conciencia crítica y constructiva de sus acciones. Asimismo, aporta alternativas de solución propuestas por los interesados y no por los investigadores. Para esta metodología Greell y Wery (citado en Ouellet, A. 2000) refieren algunas bases para el desarrollo de la investigación: compromiso y comunicación simétrica, análisis y acción, que la problemática sea referida por las personas que viven en función de sus necesidades sociales reales, que la finalidad no sea ponerse de acuerdo sino obtener resultados de acuerdo a los compromisos de los interesados; y la continuidad del proceso social por parte del investigador. Para estos autores, dicha metodología es una modalidad de

investigación que logra hacer al investigador participante (acción) y del participante investigador (análisis), además orienta la investigación hacia la acción, y a la acción hacia consideraciones de investigación.

De este modo, la investigación acción participativa busca generar acciones de los participantes a partir del análisis de las problemática que se presenta en una situación actual. Wadsworth, (1998) distingue que esta investigación es una descripción de la ciencia social *per se*, en la que se lleva un procedimiento sistemático para analizar situaciones y encontrar respuestas, el autor describe la metodología con las siguientes características:

- Existe mayor rigurosidad y sistematización para encontrar respuestas.
- Se pretende ser más intensivo y comprensivo antes de llegar a una conclusión.
- Se mantiene más auto-escéptico antes de guiarse por la intuición
- Se desarrolla más la comprensión
- Se genera más teoría acerca de la importancia de la investigación que produce nuevo conocimiento para mejorar acciones.
- Se cambian las propias acciones del investigador para mejorar la práctica de investigación.

Finalmente, la definición de Kemmis (1988) resume los antecedentes de la investigación acción participativa del siguiente modo; es una forma de indagación autorreflexiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y justicia de sus prácticas sociales o educativas, así como una comprensión de esas prácticas y de las situaciones en las que tienen lugar. (Zapata, 2005, pág. 175).

De acuerdo a los anterior, se pretendió que el personal examine e identifique las situaciones dentro del hospital que generan conductas de maltrato durante la atención a las mujeres en trabajo de parto; para que posteriormente, se revisen estrategias encaminadas a delimitar conductas para una adecuada protección de la salud materna en apego al marco de los derechos humanos.:

- Las propuestas para mejorar el trato fueron aplicadas mediante cursos de capacitación en derechos humanos y trato adecuado en hospitales de los SESVER que han recibido recomendaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, relacionadas con la atención a las usuarias de los servicios obstétricos.
 - Para la capacitación se utilizarán técnicas grupales expositivas y técnicas desarrolladas mediante el enfoque socio-cognitivo. Las técnicas cognitivas proponen identificar pensamientos disfuncionales para intercambiarlos por pensamientos que se enfoquen a acciones más favorables. El principal objetivo es modificar los patrones erróneos de pensamiento [...] y las actitudes subyacentes a esas cogniciones. (Fuente, 2012, pág. 517).

PROCEDIMIENTO

Técnica Expositiva.

Material teórico sobre Derechos humanos y protección de la salud.

- El plan de sesión está elaborado de acuerdo al estándar de Certificación de Competencias Laborales del Consejo Nacional de Normalización (CONOCER)
- **Contenido del curso.**
 - Antecedentes; definición y características de los derechos humanos.
 - Marco jurídico del derecho a la protección de la salud.
 - Principales quejas en los servicios de salud.
 - Prejuicios y discriminación en los servicios de salud
 - Observación General 14 sobre el derecho al más alto nivel posible de salud.
 - Trato adecuado.

Fase de sensibilización. Identificación de prejuicios

- Se proyectan imágenes y se pide a las personas que nombren adjetivos para cada una de las imágenes y se escriben en un papelógrafo.
- Al finalizar la lista de adjetivos se pide a los participantes que identifiquen cuáles de los adjetivos que nombraron están basados en valoraciones sociales y cuáles están basados en términos técnicos.

Intervención Acción Participativa.

- Se pide que las personas formen grupos (máximo de 6 personas) y que analicen el caso y dictamen médico de la recomendación, emitida por la CEDHV a la unidad.
- Se solicita al grupo que responda una serie de preguntas, categorizadas conforme los cuatro elementos de la observación general 14 del PIDESC: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Las preguntas se proyectan en una diapositiva.
- El equipo nombra un vocero y expone las respuestas con sus respectivas alternativas de acción.
- Posteriormente, se exponen y se discuten alternativas de acción y se socializan entre todos los equipos con la finalidad que cada una de las estrategias sean retroalimentadas de forma grupal.
- Se realiza un informe de la sesión de capacitación.
- El informe se dirige mediante oficio al director del hospital para el seguimiento a los puntos de las recomendaciones de los participantes.

Objetivo General:

Registrar propuestas para la protección adecuada de los derechos humanos de las usuarias de los servicios obstétricos, en apego al marco jurídico del derecho a la protección de la salud, mediante una investigación acción participativa con personal de los servicios de Salud de Veracruz.

CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DESDE UN MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El desarrollo de los derechos humanos ha promovido condiciones para garantizar la dignidad de las personas y el bienestar de manera equitativa. Desde esta visión, se han precisado nuevas necesidades y reconocido derechos.

La dignidad humana es un elemento clave para el reconocimiento de los derechos humanos y su desarrollo. Por este motivo, documentos internacionales mencionan la dignidad como la base para la protección de derechos. En este sentido, la Declaración Universal de los Humanos (DUDH) señala que; *considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.*

Asimismo, el artículo 1° de dicha declaración enuncia que; *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.* Sin embargo, de acuerdo a informes de Naciones Unidas (ONU) través de su órgano rector en materia de salud; la Organización Mundial de la salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); y organizaciones no gubernamentales (ONG's) como; Amnistía Internacional y Human Right Watch, han indicado que los problemas para lograr una adecuada protección de la salud persisten en nuestro país.

De acuerdo a lo anterior, los problemas observados incluyen distintas situaciones que afectan la protección de la salud. Es decir, los informes no sólo mencionan la atención médica e interacción dentro de las instituciones; también mencionan los obstáculos que experimentan las personas para llegar a los servicios.

Por lo tanto, para entender en un sentido más amplio el derecho a la protección de la salud, retomaremos dos grandes dimensiones de este derecho. Estas dimensiones son los determinantes básicos de la salud y el cuidado de la salud.

De acuerdo a Montiel (2004), los determinantes básicos de la salud se refieren a políticas públicas encaminadas a prevenir enfermedades relacionadas con el medio ambiente, comportamientos sociales de riesgo y salubridad:

- a) Condiciones sanitarias como; agua potable, drenaje, pavimentación y otros.
- b) Condiciones biológicas; epidemias, vectores, principales causas de muerte, expectativas de vida y otras enfermedades.
- c) Condiciones socioeconómicas; nutrición, vivienda, condiciones sanitarias sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, etc.
- d) Condiciones ecológicas; emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos entre otros.
- e) Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas a la salud.
- f) Condiciones de violencia y conflictos armados.

Los cuidados de la salud, son los servicios y materiales con los que cuentan las instituciones de salud; estos incluyen políticas públicas para contrarrestar enfermedades y sus efectos. Algunos son:

- a) Sistemas de salud; recursos humanos y materiales que incluyen: infraestructura, medicamentos, personal de salud y seguros en casos de discapacidades.

Por lo tanto, el tema de salud debe considerar desde diferentes enfoques. Tal como lo define la OMS. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Desde este enfoque, la OMS creó en el 2005 una Comisión de los determinantes sociales de la salud, para recuperar información acerca de las condiciones que afectan o benefician a la salud, y de este modo elaborar directrices con la finalidad de disminuir las inequidades dentro de la población. De acuerdo a los resultados que obtuvo la oficina regional europea de la OMS, los determinantes que tienen mayor impacto en la salud son: el gradiente social trabajo, desempleo, estrés, edad temprana en la vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, adicción, alimentación y transporte. (Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. 2008) La Comisión de los determinantes, señala que los factores anteriores no tienen un impacto directo en la salud pero sí en las inequidades, que en consecuencia, tendrán impacto en la salud.

Desde esta perspectiva, las causas y consecuencias de la morbilidad³; está relacionada con los determinantes básicos de la salud; que son los sistemas estructurales en los que se encuentran los individuos que están ligados a las condiciones de vida basadas en la organización social. Los determinantes sociales también han sido abordados desde una perspectiva crítica que veremos a continuación.

Desde el enfoque del materialismo dialéctico, el origen de la enfermedad tiene relación con las precarias condiciones de trabajo y pobreza. Desde este enfoque, los aspectos que resaltan como determinantes sociales son: la explotación de la fuerza de trabajo, las condiciones de vivienda y falta de medidas de seguridad e higiene el trabajo; por ejemplo, el hacinamiento entre personas que ya padecen enfermedades contagiosas y los accidentes que no son prevenidos. Estos elementos disminuyen la esperanza de vida de la población que vive en estas condiciones. Por lo tanto, los determinantes sociales están marcados en el contexto histórico-social de determinada estructura socioeconómica.

La enfermedad es pérdida de trabajo, es decir, de salario sin el cual el trabajador no puede curar su enfermedad. El salario es medida de trabajo (que es justamente apariencia de salud) sin el cual no tiene derecho a otro salario. (Giulio, M. 1978, p. 81).

En México, desde el 2013 se ve una tendencia de padecimientos por causa de enfermedades transmisibles e infecciones respiratorias agudas que también han ido en aumento. Los determinantes asociados a este padecimiento son; el hacinamiento, la contaminación ambiental, las condiciones de vivienda y tabaquismo. Las otras enfermedades que se encuentra con un alto índice, son las infecciones intestinales relacionadas con agua contaminada; este problema se relaciona con la falta de acceso al agua y al saneamiento, que de acuerdo a Naciones Unidas, es un derecho humano desde el 2010.

1. Dignidad y Salud.

³ Para entender de qué se trata la morbilidad, debemos desmenuzar esta palabra en dos partes: por un lado, tenemos la parte "morbi" que proviene de morbilidad y hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un lapso determinado, por ejemplo, en un año. Por otro lado, tenemos la parte "mortalidad" que se refiere a la cantidad de muertes o defunciones que se registraron en una población determinada y en un período temporal determinado. Disponible en: <https://definicion.mx/morbimortalidad/> Revisado 10/06/2016

Schopenhauer decía que; *La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada.* Esta frase refiere la importancia de que todas las personas logren un desarrollo adecuado en su vida mediante la protección de la salud, sin embargo, como hemos revisado anteriormente, el desarrollo de las personas está relacionado con aspectos biológicos y socioculturales, que en muchos casos es limitado por la restricción de derechos económicos y sociales.

Como menciona Julio Frenk (1993) la salud tiene que ver con lo biológico y lo social, la persona individual; la comunidad, lo público y lo privado. Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud están relacionados a una serie de responsabilidades del Estado mexicano que inician desde la promoción de la salud hasta la protección del medio ambiente. Mediante la protección de estos elementos se protege el desarrollo integral de las personas, y por ende, su dignidad.

Es así, que desde el enfoque salud pública se establecen medidas para garantizar la protección de la salud de la población, que no sólo se refieren a la salud de cada individuo, sino también, a enmendar las estructuras de los sistemas de salud para la protección de los derechos humanos.

Desde este enfoque, las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, respiratorias y la diabetes) son un problema grave en muchos países, y también lo son las problemáticas referentes a la salud materno-infantil, que revisaremos más adelante.

Estas situaciones están estrechamente relacionadas con falta de acceso a los determinantes básicos de la salud y cuidados de la salud que deberían ser proporcionados por los Estados, tal como lo enuncia la constitución de la OMS, que fue redactada en apego al derecho a la protección de la salud, y refiere la importancia de lograr el máximo grado de salud sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La OMS ha considerado como un tema relevante la **protección social en salud**, que define; la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los

subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo.⁴

Referente a este tema, los datos de la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2002), revelaron que casi 218 millones de personas no tienen protección contra enfermedades y 107 millones no tiene servicios de salud por cuestiones de acceso. Para precisar este tema, se describieron tres dimensiones que están relacionadas con la exclusión:

- La primera dimensión se refiere a los problemas por falta de servicios públicos; falta de atención de salud y la falta de acceso a programas de apoyo ante el riesgo de enfermar.
- La segunda dimensión de exclusión trata de los problemas de financiamiento. En esta dimensión se señala que ninguna persona debería pagar un costo más alto que el de sus ingresos por atender problemas de salud. Por lo tanto, un sistema de salud con financiamiento adecuado no debe provocar desestabilidad económica en la población que se enferma.
- La tercera dimensión es la dignidad en la atención. Este aspecto señala el respeto por la diversidad cultural y económica de la población. Principalmente, especifica el problema de la autoexclusión; que se presenta cuando la población reconoce el rechazo por motivo de sus características étnicas, creencias, idioma; etc., y por tal motivo, prefiere no acudir a los centros de salud para evitar malos tratos por parte del personal de salud.

Esta última dimensión se refiere al trato, relacionado con la detección oportuna de enfermedades y también con la adherencia a los tratamientos, es decir; mientras las personas sientan confianza y seguridad al acudir a los centros y unidades de salud, habrá mayor probabilidad de que acudan a las citas médicas y mantengan la corresponsabilidad de su salud.

⁴ OMS/OPS, 2002. Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización del Trabajo. Recuperado en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-12-s.pdf>. Revisado 20/06/2016.

Por este motivo, el respeto a la dignidad y la percepción de la población respecto a los servicios de salud, es un tema que se ha estudiado en las últimas décadas.

El trato y la dignidad humana son la intersección entre, los conocimientos técnicos del personal de salud, y los principios éticos de la profesión. De acuerdo a Andorno (2012) mientras se vislumbran nuevos retos en materia de salud y surgen más interrogantes, también se van arrastrando antiguas polémicas de la relación médico-paciente en los que resaltan los derechos humanos y la autonomía. Desde esta visión, se intenta trascender la visión paternalista en la práctica médica para otorgar el poder de autodeterminación a las personas en función de su dignidad.

Sin embargo, la protección de la dignidad humana en la práctica médica ha sido cuestionada por el choque entre dos enfoques: el biologicista; que busca preservar la vida mediante la técnica y avances científicos, y el enfoque de la bioética y derechos humanos; que promueve el respeto a la dignidad humana. Esta discusión es expuesta por dos corrientes éticas que son; la relativista y la objetivista.

Andorno, señala que la corriente relativista no determina principios éticos como verdaderos o falsos, sino que es el resultado del acuerdo o de las elecciones. Por otro lado, en la corriente objetivista prevalece la razón, y el conocimiento, es el objetivo de toda intervención.

Desde el enfoque objetivista, el bienestar de la persona no puede ser juzgado de una manera arbitraria. Por lo tanto, este enfoque indica que el bien no es construido, sino identificado. En esta corriente, la persona es vista como el fin de todas las instituciones sociales, políticas y económicas (Andorno, R. 2012, p. 28)

Desde el enfoque objetivista, el concepto de dignidad ha sido criticado por su uso excesivo, y algunos autores lo señalan como un concepto inútil y lamentan que sea una palabra reducida a procedimientos administrativos o términos legales, como son; la confidencialidad, la firma en el consentimiento informado y la no discriminación (Macklin, R. 2003, citado en Andorno 1998).

La dignidad tampoco puede reducirse a la autonomía de la persona. Es cierto que la tutela de la autonomía de las personas forma parte de lo exigido por el principio

de respeto de la dignidad. Pero estas dos nociones no se superponen. Si así fuera, los individuos que aún no tienen autonomía, como los recién nacidos, o los que ya la han perdido de modo irreversible, como las personas afectadas por enfermedades mentales graves, no poseerían ninguna dignidad y, en consecuencia, ningún derecho, lo que no es el caso. (Andorno, R. 2006. p. 5)

Retomando el señalamiento de Andorno, el respeto de la dignidad humana en los servicios de salud va más allá del respeto a la autonomía, ya que dicho respeto debe colocarse en función del bienestar individual y colectivo.

Desde un marco de derechos humanos, no sólo se contempla la toma de decisiones individuales sino también la composición de otros derechos sociales para un completo bienestar físico y mental.

En los servicios de salud, existen muchas situaciones que vulneran la dignidad de las personas, por lo que es importante considerar todos los factores que detonan los abusos hacia ciertos grupos en situación de vulnerabilidad.

En relación a la protección de la dignidad de las personas usuarias, las observaciones de organismos autónomos de derechos humanos y la presión por parte de organizaciones de la sociedad civil, han exigido la planeación de políticas públicas con pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos. La respuesta de las instituciones de salud se ha enfocado en promover la protección de la dignidad mediante el respeto a decisiones relacionados a tratamientos médicos, y sobre todo en los temas orientados a la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, como sabemos, uno de los compromisos prioritarios que aún se tienen que atender es la adecuada administración de los recursos financieros, y la pertinente gestión del sistema de salud.

1.1 La calidad y protección de la dignidad para la salud.

En México se realizó un estudio (Tapia, J. 2006) para analizar los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2016 y reconocer la percepción de la población de dichos objetivos, los resultados descritos fueron que 31.8% de la población consideró importante mejorar el trato dentro del sistema de salud; 29.5% de las personas

indicaron más importante mejorar la salud de la población, 17.4% señaló la importancia de minimizar las diferencias entre las personas en relación a la salud, mientras que el 13% manifestó la importancia de disminuir las desigualdades en la capacidad de respuesta, y 8.3% expuso la necesidad de evitar problemas de financiamiento en el sector salud.

Desde esta perspectiva, se integran aspectos de calidad técnica que son: tiempo de atención, respuesta hospitalaria, y la calidad no técnica que está relacionada con el trato.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 la calidad en los servicios de salud se define como "el grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias".

De este modo, la calidad puede ser evaluada por dos vías; la objetiva y la subjetiva. La visión objetiva contempla estándares determinados basados en evidencia médica y científica mientras que la vía subjetiva evalúa la percepción y satisfacción de los usuarios durante su estancia en los servicios. Aunque ambas pretenden evaluar la misma unidad, cada una de estas vías parte de supuestos distintos. Principalmente, la propuesta para evaluar el trato a través de la satisfacción ha recibido severas críticas por considerarse poco confiable. (Puentes et al., 2005)

Para ajustar la calidad en la atención, en las últimas décadas las instituciones de salud han integrado el lema "*brindar atención con calidad y calidez*". Sin embargo, aún no existen guías o protocolos de atención para cumplir con estas actitudes.

El personal de salud, reconoce los problemas de calidad en el trato y describe situaciones de choque que provocan reacciones inadecuadas de los servidores.

"Algunos pacientes y familiares llegan con exigencia y prepotencia a área de urgencias sin padecimientos urgentes. Pienso que deberían ser pacientes, sobre todo si acuden a solicitar atención de urgencia por un padecimiento no urgente, porque en la sala se están atendiendo verdaderas urgencias" -**Médico general de Hospital General-**

A nivel federal, en el 2002 la secretaría de salud lanzó la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”. La cruzada se centró en dos componentes que son; el trato digno y la atención médica. Los objetivos de la cruzada fueron los siguientes:

- Mejorar la calidad de la atención en el ámbito impersonal, que incluye: a) trato digno a los pacientes y sus acompañantes; b) reducción de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias; y disponibilidad y entrega de medicamentos.
- Mejorar la atención médica para que sea efectiva, eficiente, ética y segura. Este elemento se enfatiza en la consulta externa, y en la atención a embarazadas, a menores de cinco años con enfermedades diarreicas o respiratorias agudas, y adultos diabéticos hipertensos.

Posteriormente al lanzamiento de la cruzada, la calidad fue puesta como uno de los temas principales en el Programa Nacional de Salud 2007-20012, en el que subrayó la atención de calidad, con calidez y la seguridad de pacientes; además de fortalecer la infraestructura y mejorar equipos médicos.

Como hemos referido, la falta de infraestructura, la falta de equipo y de personal es reflejada en la calidad de la atención en los centros y hospitales.

“Hay muchos pacientes, a veces estoy sola y no sé qué hacer. Hay muchos hospitales y no se dan abasto para mantenerlos a todos, ya que las áreas están llenas, no hay recursos, ni material de curación. A veces no hay médico ginecólogo y hay mujeres graves”. -**Enfermera de Hospital Regional-**

Para mejorar el trato digno, los programas de calidad se han enfocado en mejorar la capacitación de los profesionales y de los sistemas de salud a través de lo siguiente:

- Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud
- Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud
- Impulsar la utilización de las guías de práctica clínica y protocolos de atención medica

- Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas
- Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación
- Diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud
- Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica
- Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica

Además, se han sumado programas para mejorar las actitudes del personal; sobre todo capacitaciones enfocadas al trato digno y temas de comunicación para mejorar la interacción entre usuarios y personal de salud.

De acuerdo a estos datos, el Programa Nacional de Salud 2013-2018 señala que es imprescindible que el personal tenga un enfoque centrado en las personas a fin de mejorar la calidad. Es por esto, que el documento añade el enfoque de interculturalidad, respeto a los derechos humanos y los criterios éticos.

Los problemas de calidad, desde una perspectiva de derechos humanos e interculturalidad, tienen origen desde el primer contacto a los servicios, por ese motivo, es importante considerar que la calidad del sistema de salud compone diferentes participantes.

“Hay personas que llegan a pedir consulta de manera exaltada y el personal no le da la importancia adecuada. Yo pienso que es otra consulta más y si la enfermera no le hace caso yo por qué sí”. **-Personal de seguridad del área de urgencias. Hospital Regional-**

Los temas relacionados a la calidad y trato digno son considerados por los departamentos de capacitación y enseñanza de todas las unidades y centros de salud. Esto con la finalidad de impartir temas técnicos como; actualización de guías de práctica clínica, normas oficiales de salud y códigos de ética. No obstante, como hemos señalado, existen otros factores que influyen de manera directa en la calidad de la atención.

Donabedian (1980) definió que la calidad de la atención es aquella que se proporciona al máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas durante todo el proceso y sus partes.

Por su parte, las Comisiones de Derechos humanos han observado graves problemas por falta de recursos materiales, medicamentos y procedimientos inadecuados que ponen en riesgo la salud y vida de la población usuaria. Esto ha sido motivo de recomendaciones por parte de dichos organismos, tal es el caso de la recomendación 40/2015 dirigida al gobernador de Veracruz en turno, Javier Duarte Ochoa.

Dicha recomendación fue nombrada; *violencia obstétrica y violación a los derechos a la protección a la salud y derecho a la vida, en el hospital civil regional “Dr. Emilio Alcázar Castellanos” en Tuxpan, Veracruz.* (CNDH, 2015a). El caso fue atraído por la Comisión Nacional por motivo de la nota periodística titulada *“Por presunta negligencia muere bebé en Tuxpan”*. En la nota se describe que una mujer con embarazo gemelar, de 34 a 35 semanas, acudió al Hospital Regional de Tuxpan. Estuvo 4 días sin recibir una adecuada atención médica, lo que ocasionó sufrimiento fetal, y provocó la pérdida de la vida uno de los gemelos por la aspiración de líquido meconial.

La mujer ingresó en trabajo de parto al hospital, fue valorada por personal de salud que escribió la nota de urgencias vespertina: *“...No hay ginecólogo en turno vespertino... indicaciones: valoración por Ginecología...”*.

De la nota anterior, se investigó que el Hospital no contaba con médico de ginecología desde varios días atrás. Además, especialistas de la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED), que realizan el dictamen médico en la investigación de la CNDH, señalaron que el personal de salud debió solicitar inmediatamente el traslado de la mujer al siguiente nivel de atención, porque se trataba de un embarazo gemelar que requería medidas especiales de atención.

Al tercer día en el hospital, la mujer fue valorada y la nota médica no tenía nombre y firma. Esto último está fuera de los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 que refiere el llenado correcto del expediente clínico. De acuerdo a lo anterior, el especialista de la CONAMED, indicó que hasta ese momento ya habían

transcurrido 3 días de que la mujer había ingresado sin ser valorada por un gineco-obstetra.

Finalmente, al cuarto día, el personal solicitó la transferencia de la mujer a otro hospital mediante una nota de referencia en la que se escribió “*se continúa con la progresión del trabajo de parto, por el momento no contamos con ginecólogo de guardia por lo que decidimos el envío...*”; sin embargo, en el expediente clínico no hay indicaciones de seguimiento.

Al respecto, personal de la CNDH señala que, “algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y del producto de la gestación”. (CNDH, 2015b)

Por otra parte, no debemos olvidar la falta de recurso e infraestructura que se presenta cotidianamente en las unidades de salud. En este sentido, el director del Hospital Civil, manifestó que no contaban con los medicamentos necesarios, ni especialistas que cubran los sábados, domingos, días festivos, ni periodos vacacionales. El director del hospital mencionó que frecuentemente solicita el apoyo a la unidad más cercana, que es el hospital Regional de Poza Rica, ésta unidad se encuentra a una hora aproximadamente; pero casi nunca recibe respuesta favorable porque el hospital tampoco tiene capacidad suficiente.

Lo anterior fue confirmado por visitadores adjuntos de la CNDH que se presentaron en el Hospital de Tuxpan, en donde constataron la falta de infraestructura; mobiliario, equipo adecuado, personal médico y de enfermería.

A partir de este caso, podemos distinguir los elementos técnicos y de trato relacionados a la calidad. Estos elementos se entrelazan durante los procesos de atención. Empero, podemos observar que frecuentemente, los problemas de calidad inician por el trato.

“Las personas me acusan siendo ellas las que están mal, pero me enoja pues me siento presionada, ya es media mañana y tengo personas en toma de rayos x, llega una urgencia y las personas no quieren esperar para que atienda a alguien que realmente viene grave”. -**Técnica Radióloga de Hospital General-**

De acuerdo a lo anterior, el trato es el resultado que surge de las percepciones de las personas, y algunas percepciones pueden generar un resultado negativo durante la atención.

“Me parece injusto cuando el paciente va a la consulta por un dolor, por ejemplo; dolor de cabeza, síntomas como mareo, todo el cuerpo le tiembla, se siente nervioso, agitado y le falta la respiración; el médico le dice que es un simple dolor de cabeza que se le quita con paracetamol. El paciente sigue sintiéndose mal y acude con otros médicos, uno de tantos le da un diagnóstico y con dicho tratamiento se siente mejor. Eso me hace pensar que si se hubiera quedado con la opinión de un solo médico hubiera empeorado su estado de salud”. -**Pasante de enfermería de Hospital Regional-**

Sumando a los anterior, la falta de recursos materiales y humanos, afecta la interacción entre la población usuaria y personal de salud.

“La falta de medicamentos provoca que no se surta la receta al 100% y esto genera descontento en las personas y propicia que nos insulten y nos digan malas palabras. Esto nos lleva al desinterés de estas situaciones, aceptación y conformismo”.-**Despachador de farmacia Hospital General-**

1.2 La salud y protección de los derechos humanos

La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional expedida del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por representantes de 61 Estados.

En el preámbulo de la constitución de la OMS, se señala que todas a las personas deberán gozar del mayor grado de salud como un derecho fundamental sin ningún tipo de discriminación.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en el artículo 25 establece que toda persona tiene derechos a un nivel de vida adecuado; el artículo establece que se requiere de salud y bienestar que incluye; alimentación, vestido, vivienda, la asistencia médica y en general, derechos sociales para poder lograr un pleno bienestar. En esta misma línea el Pacto Internacional de Derechos Económicos (PIDESC), ratificado por México en 1981, integra en su artículo 12 el derecho a la protección de la salud en el

que se describe que toda persona tiene al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A partir de esto, en el pacto se sugiere una serie de medidas que deben adoptar los Estados partes para hacer efectivo este derecho, y en este sentido, uno de los puntos que refiere el pacto es "la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad".

Además, la Asamblea de Naciones Unidas ha promovido declaraciones dirigidas a crear condiciones para hacer efectivos los derechos ratificados por los Estados partes. En este caso se encuentra la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986) que señala la obligación de los Estados de brindar servicios de salud a toda la población en los que se exhorta a tomar medidas necesarias de desarrollo igualitario y garantizar los recursos para lograrlo. Es importante mencionar que esta declaración enuncia la importancia de impulsar medidas para la inclusión de las mujeres con la finalidad de que ejerzan una participación activa en el proceso de desarrollo de sus países.

Respecto a instrumentos de Derechos Humanos en el continente americano, el protocolo de San Salvador; que es un protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; describe el derecho a la salud como *el derecho al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*.

Este documento refiere algunas medidas que los Estados partes deben garantizar para la protección de la salud. Las medidas que incluye están enfocadas a satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza son más vulnerables.

Instrumento Internacional de derechos humanos	Compromiso relacionado con la salud	Fecha de ratificación por México
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (PIDESC)	Artículo 12 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del <u>más alto nivel posible de salud física y mental</u> .	1981

	<p>2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:</p> <p>a) La reducción de la <u>mortinatalidad y de la mortalidad infantil</u>, y el sano desarrollo de los niños;</p> <p>b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;</p> <p>c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;</p> <p>d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p>	
<p>Protocolo de San Salvador (1988) (htt)</p>	<p>Artículo 10</p> <p>1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.</p> <p>2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:</p> <p>a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;</p> <p>b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;</p> <p>c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;</p> <p>d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;</p>	<p>1988</p>

	<p>e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y</p> <p>f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.</p>	
--	---	--

<p>Comité del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación general)</p>	<p>Observación general 14</p> <p>Artículo 9</p> <p>El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.</p> <p>Artículo 12</p> <p>El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones preexistentes en un determinado Estado Parte:</p> <p>a) <u>Disponibilidad</u>. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, <u>personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.</u></p>
	<p>Artículo 12</p> <p>b) <u>Accesibilidad</u>.</p> <p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser</p>

	<p><u>accesibles a todos, sin discriminación alguna</u>, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:</p> <p>i) <u>No discriminación</u>: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.</p> <p>ii) <u>Accesibilidad física</u>: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberá estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.</p> <p>iii) <u>Accesibilidad económica (asequibilidad)</u>: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.</p> <p>iv) <u>Acceso a la información</u>: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad</p>
	Artículo 12

	<p>c) <i>Aceptabilidad</i>. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.</p>
	<p>Artículo 12 d) <i>Calidad</i>. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también <u>apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad</u>. Ello requiere, entre cosas, <u>personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados</u> y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.</p>

Cuadro 1: Marco normativo internacional de derechos humanos relacionados con la salud.

De acuerdo a lo anterior, el derecho a la salud integra la gestión y administración de los servicios, incluido; acceso adecuado, infraestructura, recurso material y humano, y por supuesto, la aceptabilidad, que se refiere al trato respetuoso y apropiado desde el punto de vista ético y culturalmente apropiado.

Es muy importante reconocer la complejidad de este tema y la forma en la que impacta a la población más vulnerable.

Es así que [...] garantizar el derecho a la salud requiere que el Estado adquiera y responda de manera responsable; destinando recursos económicos suficientes, vigilando su correcta administración y planeando estrategias de jerarquización de problemas y soluciones. (Montiel, et al., p. 201)

1.3 Derecho a la protección de la salud y trato adecuado.

De acuerdo al tema anterior, los Estados deben brindar cobertura universal en salud de calidad y sin ningún tipo de discriminación. Sin embargo, el personal de salud percibe que a partir de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, que se ejerce a través del seguro popular; la demanda de atención ha sobrepasado la

capacidad de los hospitales encargados de dar servicio a las personas afiliadas, y esto provoca una mala calidad en la atención.

Los trabajadores perciben diferentes problemas relacionados con la mala atención y deficiente calidad; por ejemplo, mala información a los afiliados, situación que genera confrontaciones y malos entendidos entre población y prestadores de servicio.

“Me causa un poco de molestia y frustración que los pacientes no entiendan los procedimientos que se llevan para darle la atención adecuada, a la cual tiene derecho. Me pregunto por qué no entienden y por qué en ocasiones son prepotentes y exigen un trato como si estuvieran en una institución particular”. **-Recepcionista de Hospital de la Comunidad-**

En muchos hospitales, el personal expresa su inconformidad por la forma en la que se realiza la afiliación. Principalmente, señala la falta de coordinación entre personal del seguro popular y el personal operativo en los hospitales.

“Me causa enojo ver que el gobierno está brindando todo el apoyo a los ciudadanos y sus familias, y sólo les piden que se afilien a los programas; y no les explican nada más. Después los pacientes simplemente quieren que se le atienda y que el seguro popular los apoye, y si el seguro no cubre su enfermedad nos tachan de servidores públicos negligentes”. **-Trabajadora social de Hospital de la comunidad-**

Otra dificultad que es observada por el personal de salud es; cumplir las metas que les exige la institución, y al mismo tiempo brindar un buen trato.

“La sobrecarga de trabajo me presiona por no poder avanzar, puesto que en el área hay una persona por turno. Realmente no podemos hacer nada, no está en nuestras manos dar solución a este problema. Siento impotencia porque la solución está más allá de los muros de este hospital”. **-Lavandero de hospital de la comunidad-**

Con base en las necesidades y deficiencias en las instituciones de salud que manifiestan los prestadores de servicio y la población usuaria, la CNDH emitió la **Recomendación General 15** en el 2009, en la que menciona algunas observaciones y quejas recibidas hacia las diferentes instituciones de salud en México.

La recomendación fue emitida con motivos de los graves problemas que enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud.

Algunos de los problemas más graves que señaló la CNDH son; falta de personal, falta de formación continua y la escasa supervisión de profesores hacia estudiantes que se encuentran en las unidades, que además es personal que mantienen contacto con la población usuaria. (Recomendación General, 15)

En este sentido, la CNDH ha observado que los médicos-profesores, delegan responsabilidades a médicos en formación que se encuentra en hospitales. Esta situación genera graves consecuencias, ya que el personal en formación no cuenta con las habilidades necesarias para poder atender cualquier situación.

También se indica que en ocasiones, los servidores públicos se dirigen a las personas usuarias y familiares mediante un *trato poco amable y hasta irrespetuoso*, mediante conductas de discriminación y maltrato.

Por lo anterior y otros factores, la percepción que tiene la población usuaria de los servicios de salud, no es favorable. Por ejemplo, de acuerdo al registro del Sistema Nacional de Alerta de Violación a los Derechos Humanos de la CNDH, los principales motivos de quejas en servicios de salud son:

- Omitir atención médica
- Prestar indebidamente el servicio público⁵.

Por su parte, la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED, 2016) emitió un informe en el que describe las inconformidades de la población respecto a la atención médica, en el que se indica que, entre el año 1996 a 2015 se presentaron:

- 25% quejas por el tratamiento médico
- 20.2% quejas por mal diagnóstico
- 18.7% por relación médico paciente.

En Veracruz, estado en el que se realizó esta investigación, el sistema de quejas de la CNDH registró:

- 19 quejas por omitir atención médica
- 17 por prestar indebidamente el servicio público
- 11 por falta de imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos cargos o comisiones
- 9 quejas por negligencia médica⁶.

De acuerdo a las cifras anteriores, la omisión o negativa de atención médica es la principal queja, en este sentido, se ha observado que la falta de atención ocurre porque los hospitales no cuentan con plantilla completa de personal, sin embargo, también se ha señalado que la falta de personal se debe a que algunos médicos trabajan en hospitales privados durante la jornada laboral.

“Me genera enojo y frustración cuando llega una paciente a su cita programada y por cuestiones que desconozco el médico no se presenta a trabajar y se le tiene que reprogramar la cita. Esto es un problema porque las pacientes tienen que salir muchas veces de madrugada para caminar, tomar el autobús y llegar a tiempo a su cita”. -

Encargada de egresos de Hospital de la Comunidad-

El informe CONAMED 2012-2016 resalta que en la Secretaría de Salud, el mayor número de quejas provienen de los servicios de:

- Ginecología y obstetricia
- Pediatría
- Traumatología y ortopedia
- Urgencias

En la revisión de las quejas, los principales motivos son:

⁶ Disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/SNA/ind_Sector_SM_cifras_3.asp?Id_Sec=3&Id_Estado=32&valorSec=55&mpa=1. Revisado 9/11/2016

- Incumplimiento de la normatividad relacionada al expediente clínico, en la tercera parte de los casos (33.3%).
- Tiempo de espera prolongado con una frecuencia de 126 incidentes (21.8%)
- Equivocaciones con la información sanitaria y pérdida de documentos sumando ambas 134 casos (23.1%)

Por otra parte, también se han identificado incidentes relacionados con la comunicación entre médicos y pacientes, que corresponde a 7 de cada 10 incidentes.

En estos incidentes, se agrega la falta de comunicación entre enfermera-paciente (3.3%) y médico-enfermera (2.4%).

En otro grupo, clasificado como "otros" (10%) el análisis de la CONAMED integró temas como; *relaciones hostiles, la no colaboración, la imprudencia y algunos otros aspectos como agresiones físicas* encontradas en el análisis que derivaron en incidente relacionado a la comunicación.

En un estudio realizado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV, 2016) se exploró la calidad mediante elementos como: la confianza, honestidad y respeto que los médicos ofrecen a las mujeres durante el parto.

Las mujeres expresaron que durante el proceso de nacimiento, parto o cesárea, percibieron:

- ❖ Falta de información de la propia intervención (29%)
- ❖ Falta de información acerca de la utilidad de los exámenes que se les practicaron (15%)
- ❖ Falta de información acerca Medicamentos que se emplearon (9%).

Con relación a la percepción de trato durante el parto y posparto, se hizo una pregunta directa y se obtuvieron evaluaciones positivas.

El porcentaje más alto de nivel de satisfacción lo obtuvo el personal de enfermería (95.3%), seguido por el del cuerpo médico (93.4%); por el contrario, el más bajo fue para el personal de trabajo social (89.8%).

La encuesta *Los mexicanos vistos por sí mismo* (2015) muestra que menos de la mitad de la población encuestada (49%) comentó estar satisfecha con la atención recibida en las instituciones de salud. Esta encuesta también muestra la percepción que tiene la población respecto a la calidad de los servicios y el trato que reciben por parte del personal.

Como se ha mostrado durante este capítulo, el trato que reciben las personas en los servicios está vinculado con la protección de la salud, porque indudablemente, el trato inadecuado genera una percepción negativa, y como consecuencia, genera el rechazo individual y social hacia los centros de salud y hospitales.

Como parte del derecho a la protección de la salud, el buen trato está siendo observado y promovido en todas las instituciones de salud en México.

En el 2001, el Centro Nacional de Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con la OMS realizó una **encuesta a usuarios de servicios de salud** para evaluar las expectativas no médicas que tiene la población usuaria al llegar a un hospital o centro de salud. De acuerdo a los resultados, se crearon **ocho dominios** que fueron denominados trato adecuado, los cuales se definen de la siguiente manera:

Atención pronta. Que las necesidades médicas sean atendidas con la rapidez suficiente para que la espera no implique una molestia adicional al problema de salud.

Trato digno. En forma general significa no humillar ni degradar a los usuarios del sistema y garantizar un trato afectuoso y amable.

Comunicación. Ejercer el derecho a que la información sobre el estado de salud del usuario sea transmitida en forma clara y respetando el derecho del individuo a preguntar si desea hacerlo.

Autonomía. Capacidad de participación en la toma de decisiones acerca de las diferentes intervenciones en materia de salud que involucran al individuo.

Respeto a la confidencialidad. Derecho a determinar quién debe tener acceso a la información personal de los usuarios

Acceso a redes de apoyo social. Posibilidad de que los pacientes internados reciban las visitas de familiares y amigos.

Calidad de las instalaciones y servicios. Calidad y limpieza de los espacios físicos, del amueblado y de otros servicios no médicos como la alimentación.

Capacidad de elección. Libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención requerida.

En los servicios de atención materna y perinatal también se han impulsado programas para promover la atención de calidad y el trato digno, ya que las áreas para mujeres embarazadas; en parto y recién nacidos, son el segundo motivo de atención en el sector salud.

1.4 Trato inadecuado en la atención a la salud materna

La protección de la salud materna es un asunto de gran relevancia, suscrito en tratados internacionales y reconocido en la Constitución política de nuestro país.

Respecto a la protección a la salud materna, debemos resaltar que en la atención del embarazo y el parto, se deben examinar distintos elementos; biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

El embarazo es un proceso muy complejo en el que intervienen procesos biológicos, socioeconómicos y culturales. En cualquier momento de la gestación, en el parto y el puerperio, se pueden presentar complicaciones en la salud. (Collado, S. Sánchez, A. 2012).

La atención de la salud materna contempla diferentes etapas. Dentro de las etapas, el control prenatal tiene un impacto muy importante la relación del personal de salud con las mujeres porque forma parte del proceso psicoeducativo para generar cuidados adecuados de la salud de la mujer y del gestante. Es por esto que, la calidad de la atención pre-natal es de gran importancia, porque es una oportunidad para generar confianza con las usuarias; lograr adherencia y promover la detección oportuna ante cualquier evento adverso.

Como se mencionó anteriormente, la muerte materna es un indicador de falta de protección a la salud. De acuerdo a otras cifras, en el 2005 se presentaron en el país un total de 1, 242 muertes maternas en las que un 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19% fuera de una unidad médica (hogar/vía pública) (CNEGySR, 2009)

Las cifras anteriores muestran el rezago que prevalece en materia de cobertura de salud de las mujeres y también muestra la inequidad en la distribución de recursos.

La desigualdad es reflejada mediante diferentes comportamientos sociales y uno de los más frecuentes es la discriminación.

En este sentido, diferentes estudios describen el maltrato que comete el personal de salud durante el parto (Castro et al., 2011) Estas investigaciones señalan como factores recurrentes; la calidad, la desprotección financiera, falta de enfoque basado en derechos, inequidad y falta de transparencia.

Como hemos señalado, además de los protocolos de atención basados en evidencia médica, una preocupación que se añade a la atención de la salud materna, es el trato.

Esto ha sido motivo de diferentes investigaciones y reflexiones desde diferentes posturas en las que se señala la discriminación y maltrato que los servidores públicos cometen hacia las mujeres. (Castro, R. Erviti, J. 2003; Villanueva, I. 2010; Alemán, N. 2011; Camacaro, M y otras, 2015)

A partir de dichas investigaciones, se han identificado prácticas inadecuadas que comete el personal de salud la integridad de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Dichas prácticas han sido definidas como violencia obstétrica, término que refiere a la violencia física o verbal hacia las mujeres, que va desde; insultos, humillaciones y golpes, hasta el acoso por parte de personal de salud para obtener la firma para realizar procedimientos médicos (Belli, 2013).

Informes recientes definen la violencia obstétrica como; una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. (Tames, 2013, pág. 120).

Acerca del tema, algunos informes e investigaciones señalan la problemática en todo el país. Derivado de esta información, la CNDH instauró la Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica (2014) en la que promovió la capacitación dirigida a servidores públicos con el fin de sensibilizar su labor en un marco de respeto de los derechos humanos basados en igualdad, integridad y trato digno para brindar atención de calidad y calidez. Dentro de las actividades de la cruzada, la CNDH giró un comunicado de prensa en el que describió el aumento de la violencia que padece la mujer en los servicios de salud y señaló que del 2013 a Octubre del 2014 se han emitido 8 recomendaciones relacionadas a la protección de la salud además de 39 investigaciones en curso relacionadas a este tema.

El comunicado indica que en la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia no se incluye la violencia obstétrica y que esto tiene ciertas repercusiones ya que sólo 5 entidades federativas (Chihuahua, Durango, Guanajuato, Chiapas y Veracruz) la integran en sus leyes de acceso.

Posteriormente, el 16 de Abril del 2015 (LXII Legislatura), la Comisión de Igualdad de Género de la Cámara de Diputados aprobó la incorporación del concepto de violencia obstétrica en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

En el estado de Veracruz, desde el 2008 la violencia obstétrica se incorporó en la ley de acceso. Además, desde el 2010, la violencia obstétrica se incluyó en el código penal.

Por lo tanto, actualmente, el artículo 363 del código penal de Veracruz refiere que comete violencia obstétrica el personal de salud que:

- I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;
- II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- III. No obstante existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad;
- IV. Sin causa medica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a esta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer; y
- V. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

De acuerdo al código, a quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario.

Además, si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

La violencia obstétrica ha sido examinada por diferentes grupos y organizaciones civiles, algunas señalan que las medidas punitivas no son la vía para disminuir o evitar la violencia obstétrica, porque esto no resuelve los problemas de fondo. (GIRE, 2013, pág. 120)

Es importante aclarar, que aunque el trato en la atención obstétrica es una responsabilidad que recae en los prestadores de servicio, se deben considerar las condiciones estructurales de las instituciones de salud con la finalidad de distinguir las responsabilidades entre las autoridades y prestadores de servicios.

En el siguiente capítulo se examinarán algunas investigaciones que situados en el origen y modelos teóricos que analiza maltrato y falta de respeto en las salas de parto; así como recomendaciones realizadas en materia derechos humanos para proteger la salud materna y dignidad de las personas que acuden a los servicios obstétricos.

1.4 Protección de la salud materna mediante el trato adecuado.

En junio del 2009 el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas adoptó la resolución en la que se reconoce de forma explícita la mortalidad materna prevenible como un asunto de Derechos Humanos (OPS,OMS, 2013)

De acuerdo a este enfoque, en el 2010, el secretario de las Naciones Unidas promovió una estrategia mundial para mejorar las condiciones de la Salud de las mujeres, niños y niñas; en la que exhorta a la rendición de cuentas para lograr que toda mujer, niño y niña alcancen el máximo grado posible de salud; así como la promoción de la equidad e igualdad de género en materia de salud. Por tal motivo, fue conformada una ***Comisión de Información y Rendición de cuentas de las Mujeres y los Niños*** que contribuye al respeto de las diferencias y al avance en la igualdad de género e interculturalidad en materia de salud. La comisión plantea un marco de rendición de cuentas para el cumplimiento de los tratados Internacionales, que funcionan como directrices para la protección de la salud.

Los instrumentos que guían las funciones de dicha Comisión son; la **Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer** (CEDAW por sus siglas en inglés), la **Convención sobre Derechos del Niño** y la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** "Convención de Belem Do Pará".

Posteriormente, en julio del 2012, la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) y la Salud **OMS** convocaron a una reunión regional para revisar el Marco Jurídico de Derecho Internacional con la finalidad de reforzar la protección de la Salud Reproductiva, maternidad saludable y otros derechos humanos relacionados.

En dicha reunión, la propuesta de legislación se encaminó a promover los Derechos Humanos como herramienta programática para los marcos legislativos; asimismo se amplió la aplicación de principios para propiciar la equidad y la protección del derecho a la salud y la maternidad saludable.

Desde esta perspectiva, los principios de dignidad; equidad, no discriminación y progresividad son esenciales para el desarrollo de políticas públicas en las que se reconoce la necesidad de enfrentar los obstáculos para el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo a la reunión, uno de los puntos clave para lograr el acceso universal a los servicios de salud es reducir las brechas de desigualdad.

Generalmente, las relaciones sociales inequitativas entre personas, ya sea por su género, etnia o generación, ocurren en espacios institucionales. (Freyermuth G., 2009, pág. 30 y 31). Parafraseando a la autora, la inequidad se presenta cotidianamente mediante comportamientos discriminatorios que han sido normalizados.

"Hay médicos que son groseros con las pacientes y les dicen que si no se operan el seguro popular no se hará cargo del parto y ella tendrá que pagarlo y prácticamente las obligan a operarse. No sólo los médicos, también las enfermeras". **-Enfermera de Hospital Regional-**

En este sentido, las acciones inequitativas y discriminatorias que ejercen los prestadores son parte de un sistema que se ha mantenido mediante prácticas institucionalizadas.

“Una vez, un familiar de una paciente (esposo) obstétrica, me reclamó de manera muy grosera que no le habían dado información acerca de su esposa pero la suegra de la mujer ya había sido informada del estado de la paciente, entonces él levantó la voz y yo levanté aún más la voz, sin perder el control, mencionándole que ya le había sido informado a su otro familiar”. **-Enfermera de Hospital General-**

Los problemas de comunicación se presentan con mucha frecuencia en todas las áreas de atención, en el caso de las usuarias de servicios obstétricos, el personal ha comentado que no existe un protocolo o no se conoce el procedimiento mediante el cual se debe dar información a familiares. La gravedad en esta situación es la angustia que se genera en los familiares; y sobre todo en las mujeres que se encuentran en el hospital porque son desvinculadas de sus redes de apoyo.

Por otra parte, los problemas de comunicación están relacionados con la falta de pertinencia socio-cultural por parte de los prestadores de servicio.

En muchos casos, se expresa la falta de respeto mediante regañones hacia las mujeres durante el parto o puerperio

“Algunas enfermeras le dicen a la paciente que no grite y que no se queje. También he visto como regañan a las adolescentes por embarazarse jóvenes. Conuerdo con ese punto de vista porque corren riesgo al embarazarse jóvenes pero no tiene ningún derecho a juzgarla ni hacer juicio. En esos momentos yo no comento nada pero después me acerco a la paciente para hablar con ella y suavizar el momento”. -

Trabajadora social de Hospital Regional-

Anteriormente comentamos que la rendición de cuentas que tienen que hacer los Estados, se refiere a la distribución de recursos y programas específicos de salud. Durante esta investigación; la falta de infraestructura; insumos, medicamentos, y la falta de personal y capacitación fue un tema señalado constantemente por los prestadores de servicio

En algunos casos, no sólo está presente el trato inadecuado que reciben las usuarias, sino también, las condiciones de trabajo inadecuadas que provocan estrés en los trabajadores.

“Me causa angustia e impotencia cuando llega una paciente obstétrica y no hay suficiente recurso humano para atenderla a ella y al recién nacido. Si tan sólo hubiera personal, no estaríamos pasando por malas situaciones”. **-Enfermera de Hospital de la Comunidad-**

En esta parte, es importante subrayar que el marco jurídico internacional señala las obligaciones que los Estados deben cumplir para eliminar las barreras que se presentan como discriminación en salud; por ejemplo, la CEDAW (CEDAW, 1979) en el artículo 12 refiere que:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Por otra parte, además de evitar el maltrato o perjuicio hacia mujeres en labor de parto, también el marco jurídico contempla los derechos de las personas nacidas para dar una amplia protección de los derechos de la madre y el menor durante la estancia en instituciones de salud. Al respecto, la Convención Sobre los Derechos del Niño (1989) establece que:

Artículo 24

1.-Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

De este modo, la protección no sólo contempla los riesgos que tiene la mujer durante la atención del parto sino también considera la protección a las personas recién nacidas basadas en procedimientos técnicos y respeto a su dignidad

Por lo tanto, el respeto a la dignidad es el elemento esencial para procedimientos en apego a los derechos humanos. Sin embargo, tenemos que enfatizar que en salud materna, si bien el enfoque de protección contempla a la madre y al recién nacido, el marco jurídico se centra en las mujeres por la vulnerabilidad que muestran durante el embarazo y el parto. En este sentido, la protección de la dignidad de la mujer está descrita ampliamente para garantizar el acceso y atención de calidad. En relación a la calidad de la y protección de la dignidad en salud materna, algunos informes (OPS/OMS, 2011) describen que **el maltrato en los servicios no es considerado como causa de mortalidad pero sí es un factor de riesgo de muerte materna.**

Principalmente, las investigaciones sobre maltrato en salas de parto se enfocan a conductas como faltas de respeto y abuso de los prestadores como una forma de violencia que limita el acceso a los cuidados de salud y por ende; sus derechos reproductivos.

Como parte de la normatividad de la institución de salud; posterior al parto, el personal de salud debe ofertar métodos de planificación familiar. Este procedimiento se indica en el programa de **Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO)** y se realiza mediante consejería anticonceptiva por parte del personal calificado para dar esta información. Sin embargo, una de las problemáticas constantes, es que con la finalidad de cubrir metas de APEO, diferentes prestadores insisten para que la mujer utilice un

método de planificación familiar; como el dispositivo intrauterino (DIU) o el procedimiento quirúrgico, que es la oclusión tubaria bilateral (OTB).

“Siento enojo, frustración e impotencia ante la negación de las pacientes con muchos hijos que no aceptan métodos de planificación familiar. Pienso que son inconscientes porque tienen muchos hijos y ya no pueden mantenerlos, sólo quieren hijos para que les siga dando dinero el gobierno”. **-Enfermera de Hospital Regional-**

Algunas barreras enfrentadas por las mujeres para acceder a servicios de obstetricia, se muestran en el reporte del 2012 del **Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación** (CONAPRED), en donde se señalan cuatro barreras asociadas al género y la atención médica que son: económicas, socioculturales, normativas e institucionales.

En relación a las barreras económicas, se describe que influyen de manera importante en el acceso a la salud porque si bien los programas promocionan servicios asequibles también debe considerarse que existe población que enfrenta mayor dificultad de pago o traslado hacia los servicios. Además, se presentan situaciones en que la falta de poder de decisión representa una barrera sociocultural. Es importante considerar estas diferencias derivan en un asunto sistemático de discriminación provocado por cuestiones regionales.

“En una ocasión un médico en teco-cirugía le gritó a un familiar (de bajos recursos) que si no compraba vendas y medicamentos no podía operar a su esposa, pero cuando llega una persona recomendada por el director del hospital, el recurso aparece como por arte de magia”. **-Pasante de enfermería de hospital Regional-**

La Secretaría de Salud en 2007 describió la manera inequitativa en la que se distribuye el recurso humano y material entre zonas rurales y urbanas.

Añadiendo a lo anterior, otras barreras en el problema de acceso a los servicios son las normativas, que se presentan como *restricciones legislativas* y también obstaculizan el pleno ejercicio del derecho a la salud; por ejemplo, en el caso de los derechos reproductivos existen barreras legales que impiden que las mujeres tengan completa libertad de decisión (CONAPRED et al., 2012).

Finalmente, otra barrera tiene que ver con las actitudes de los prestadores antes o durante la atención. Este tema ha sido expuesto como un tema de derechos humanos porque vulnera el derecho a la protección de la salud y la dignidad de las personas.

Cabe mencionar que en nuestro país la exigibilidad por parte de organizaciones civiles en el tema de maltrato ha contribuido para legislar en materia y también ha provocado para que durante el 2015 la CNDH se emitieran 9 recomendaciones por inadecuada atención.

Agregado a esto, en el año 2014, la OMS emitió una declaración, respaldada por más de 60 Organizaciones No Gubernamentales (ONG), llamada ***Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud***, en la que se impulsa una atención respetuosa, el respeto a la integridad y el derecho a la no discriminación.

Durante el pronunciamiento de la OMS, se enuncian las formas de garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva de forma segura. El documento emitido se basa en investigaciones acerca de las experiencias que reportan mujeres acerca del trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud.

De acuerdo a lo anterior, las medidas pronunciadas en esta declaración respaldan el derecho de las mujeres a obtener el más alto nivel posible de salud, que integra la atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, sin ningún tipo de discriminación.

Las recomendaciones emitidas en la declaración de la OMS, son:

1. *Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.* Se requiere desarrollo en investigaciones para definir y medir el maltrato, y la falta de respeto, en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo.
Esto se refiere a mejorar la eficacia y ejecución de las intervenciones, para orientación técnicamente a los gobiernos y a los profesionales de la salud.

2. *Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.*

En este punto se impulsa a promover cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud. Las iniciativas que se mencionan son: el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.

3. *Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto Los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante y pueden servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa.*

Se contempla que las iniciativas de salud basadas en los derechos, pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.

4. *Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso Los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas.*

Los prestadores de servicio requieren capacitación clara, precisa y detallada como respaldo para garantizar a las mujeres embarazadas y trato comprensivos y digno.

5. *Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.*

Por último, la declaración alienta a unir esfuerzos para garantizar la identificación y la denuncia del maltrato y la falta de respeto, para que se ejerzan medidas de prevención, y reparación, en casos en los que se haya provocado daño.

En México, los lineamientos en servicios obstétricos se encuentran en la **Norma Oficial Mexicana NOM007 para la Atención de la Mujer Embarazada Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y del Recién Nacido** en la que se define lo siguiente:

- ◆ La calidez, como el trato cordial y atento que se debe proporcionar a la usuaria del servicio.
- ◆ La *comunicación educativa*, como el proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud involucrarse con las diferentes culturas, idiomas y costumbres de las usuarias de los servicios de salud, desde los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.
- ◆ La *Interculturalidad* como el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; de este modo se convive y se relaciona de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.
- ◆ El *embarazo saludable*, como un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción.

Durante la elaboración de este trabajo, El 17 de Febrero del 2016 se publicó en el Diario Oficial de la Federación modificaciones a la NOM007, en concordancia con el plan de Desarrollo 2013-2018.

La modificación de la norma también está ligada al **Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD)** que pretende implementar estrategias para reducir la mortalidad materna desde un enfoque de interculturalidad. Los puntos de la norma relacionados al trato en los servicios obstétricos son los siguientes:

3.5 Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

En aspectos técnicos, los procedimientos están ligados a aspectos no médicos durante la atención del parto para evitar cualquier práctica de coacción o maltrato en dicha interacción.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente

con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.

Lo anterior muestra una guía que exhorta al personal de salud a lograr un trato que permita a las mujeres el goce de sus derechos reproductivos.

En este sentido, la norma se vincula a tratados internacionales que ya han sido citados previamente y que refieren derechos sexuales y reproductivos como: la autonomía en cuanto la decisión libre e informada, el respeto a la integridad física y la no discriminación, ni coacción en temas relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y también, el derecho al trato digno y respetuoso desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

La reforma a la norma 007 se presenta como una oportunidad de respaldar los derechos reproductivos para que se reconozcan elementos clave para fortalecer el acceso de las mujeres a los servicios en condiciones de igualdad.

Por otra parte, referente al trato, la norma marca lineamientos para las consultas desde un marco de derechos humanos, perspectiva de género y pertinencia cultural basado en acciones que puntualizan el *sentido ético, respetuoso y humanitario, para realizarse cuidadosamente.*

De igual forma, la norma sugiere investigaciones en las que se observa los motivos del maltrato hacia las mujeres durante el embarazo y parto, para atender estas situaciones con oportunidad.

CAPÍTULO II. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CIENCIAS SOCIALES.

Para mejorar el trato y reconstruir las relaciones que ocurren en los servicios de salud, es importante comprender los elementos que anteceden a los comportamientos de las personas. Por lo tanto, es importante analizar algunos aspectos históricos, sociales, políticos y psicológicos que se han desarrollado en el sistema de salud.

Por este motivo, retomaremos algunos conceptos desarrollados desde el marxismo; la antropología médica, la sociología médica o sociología de la salud, y desde la psicología médica. Con la finalidad de describir los antecedentes históricos y sociopsicológicos relacionados al comportamiento del personal de salud y sus interacciones.

2.1 Aspectos históricos de la formación médica.

La relación médico-paciente, como se nombra en el gremio médico, hace alusión a la interacción entre el personal de la rama médica y las personas usuarias. Como lo vimos anteriormente, dicha relación es uno de los principales motivos de queja que se presentan ante las comisiones encargadas de observar a las instituciones de salud. Por lo tanto, el desarrollo de la práctica médica ha sido estudiado a partir de su formación histórico-cultural para comprender la inserción y vinculación del gremio médico en la sociedad.

En Estados Unidos, la importancia de identificar e investigar la causa de las actitudes del personal médico, surgió en un momento en el que la sociedad norteamericana transitaba por una profunda crisis de discriminación racial, guerra y pobreza. La población estaba desconcertada y descalificaba las acciones de todas las instituciones del país, incluido el sistema de salud.

En la investigación sobre la relación médico-paciente, algunos autores (Navarro, 1976) se centraron en los comportamientos del personal de salud y enfatizaron la importancia de la sensibilización. Posteriormente, otros autores (Waitzkin, Waterman; 1981,) afirmaron que también era importante examinar la estructura de la práctica médica para comprender la relación médico-paciente.

A partir de esta sugerencia, iniciaron estudios desde una visión marxista. Desde este enfoque, se considera que las complicaciones en torno a las actitudes del personal de salud, no son problemas sólo de formación, sino de estructura, es decir, *las actitudes inadecuadas* no sólo son adquiridas en las facultades, sino también son aprendidas y reforzadas en los centros de trabajo.

Maccacaro (1978) describe una breve historia de los sistemas de salud, desde el enfoque marxista, resumiéndolo en las siguientes cuatro fases:

- 1) La primera fase de indiferencia por parte de los patrones hacia los trabajadores, a los que se les sustituye cuando ya no resisten la fuerza de trabajo. Durante este tiempo se integran mujeres y niños a las minas y a las fábricas. Cualquier trabajador o trabajadora que tuviera problemas de salud podía ser reemplazado.
- 2) La segunda fase consiste en el proyecto capitalista, en el que se exige la producción, inversión y ganancia. El proyecto no fue fácil porque había muchas bajas, debido a las enfermedades epidémicas y endémicas que se suscitaban en los centros de trabajo.

Este periodo es decisivo para la medicina científica, porque a partir de la necesidad de mejorar la productividad se inician tratamientos. “En esta fase, la intervención médica, además de diagnóstica y terapéutica en el sentido de una mayor sistematización del empirismo tradicional, es sobre todo higiénica, profiláctica y de policía sanitaria”. (Maccaraco, 1978, p. 78). La medicina pasa a control de la burguesía y genera un panorama de marginación de la enfermedad, esto excluye a los trabajadores enfermos y los coloca en situación de debilidad y culpa. Esta fase antecede la posición autoritaria de los médicos, utilizada para regular los *malos hábitos higiénicos* de la población.

- 3) La tercera etapa surge con la política sanitaria, en la que los trabajadores son medicalizados. Esto propicia el desarrollo de la industria farmacéutica.

Por otra parte, el Estado atiende la necesidad de seguridad social, prestaciones y servicios sanitarios para los empleados. Esta fase es una transición importante en la que se procura la atención médica y se fortalece el enfoque biologicista. El

médico tiene una figura importante en la sociedad por el valor que se da al desarrollo tecnológico y conocimiento científico.

- 4) La cuarta etapa refiere una época reciente en la que se ve la medicina como un sistema administrativo y curativo, más que un sistema preventivo.

Desde este enfoque marxista, Friedson (1970) señala que, a diferencia de los trabajos industriales que logran la enajenación deshumanizadora; la práctica médica provee gratificación e identidad social que caracteriza al gremio.

La identidad del personal de salud y sus prácticas, son en conjunto, una expresión de las relaciones de poder, inequidad de género, inequidad en el trabajo y desigualdad.

En los siguientes apartados, se muestran algunos estudios desde diferentes disciplinas, acerca de la violencia en las instituciones vinculadas a comportamientos del personal de salud.

2.2 Estudios de la antropología acerca de la atención en salud.

En América Latina esta subdisciplina inicia entre los años 40 y 60 con investigaciones de antropólogos norteamericanos. La antropología médica se dedica a estudiar la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad (Foster, 1974). Los primeros trabajos que se desarrollaron en este campo se concentraban en la relación médico-paciente y la medicina tradicional. Posteriormente se dirigieron a proceso del embarazo, parto y puerperio. Principalmente, en este periodo se reconoció la importancia de las prácticas médicas tradicionales para encontrar una integración en los ambientes institucionales.

En México la antropología médica surgió de la antropología social que tenía un fuerte interés en los problemas históricos y sociales del país. En nuestro país, esta subdisciplina se distinguió por temas relacionados a la salud y cuestiones indígenas.

Aguirre Beltrán, precursor de la antropología médica en México, comentaba que la este campo de la antropología, tiene como finalidad mejorar la atención y la lucha de enfermedades prevenibles en comunidades indígenas, con un enfoque de pertenencia cultural.

En Latinoamérica, Eduardo Menéndez también ha entrado en el campo de la antropología médica y es reconocido por el término **Modelo Médico Hegemónico** (MMH) que utilizó para referirse al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, [...] la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, pág. 1)

Menéndez expone distintas problemáticas que se presentan en las instituciones de salud, por ejemplo; el caso de las intervenciones estandarizadas, como las cesáreas o indicadores de productividad, que se han convertido en un obstáculo para lograr calidad y calidez durante la atención. Finalmente, Menéndez menciona que el MMH sólo beneficia a la reproducción económica y coloca a la salud como mercancía.

Por otra parte, algunas investigaciones en temas de salud, realizadas por antropólogas como Graciela Freyermuth y Paola Sesia, argumentan que en México la relación médico-paciente ha sido abordada de manera poco profunda, sin embargo, las investigaciones en la antropología médica, han promovido la competencia cultural de los prestadores de servicio de salud para atender a población indígena y migrantes. (Freyermuth G. &, 2006)

Respecto a la salud materna, desde la década de los 90 se han realizado estudios de antropología médica, financiados por agencias internacionales a partir de los acuerdos de El Cairo, que se llevaron a cabo durante la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1992**. En esta Conferencia, se elaboró un nuevo concepto de “salud reproductiva”. Básicamente estos acuerdos refieren la obligación de los Estados para crear y respetar condiciones que garanticen los derechos reproductivos partiendo del respeto de la diversidad cultural y los derechos humanos.

Por lo tanto, el enfoque de antropología médica enfatiza la aculturación, (término que aborda Gonzalo Aguirre Beltrán, como la unión o contacto con las culturas), de procesos médicos para que exista un enfoque de pertinencia cultural al brindar atención.

En México, desde el 2001 se crea, como parte de la estructura de la Secretaría de salud, la **Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural** que promueve

la capacitación de servidores de esta institución para mejorar la atención con población indígena.

En los **Servicios de Salud de Veracruz** (SESVER) se inició el ***Programa de Salud Indígena y Medicina Tradicional con Enfoque Intercultural*** que tiene como finalidad, que el personal de salud conozca la medicina tradicional, y mantenga contacto con las creencias y conocimientos terapéuticos tradicionales de la población indígena que acude a los servicios.

Partiendo de este enfoque, la atención del parto institucional propone incorporar programas de capacitación en obstetricia con enfoque intercultural, recuperando creencias y prácticas locales relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. (kelly, I. 1956). En: (Cominsky, 1992)

Desde la antropología médica, se destaca la importancia de reconocer los procedimientos tradicionales y vincularlo con la medicina institucional para evitar, complicaciones durante cualquier procedimiento.

La partería tradicional y profesional, es una de las estrategias que se suma para reducir la muerte materna. En muchos casos, las parteras logran mayor confianza con las embarazadas y logran resultados exitosos en partos de bajo riesgo.

Desde la visión de la antropología médica, el modelo médico hegemónico descrito anteriormente, provoca que el personal de salud se presente como figura dominante. En esta situación, las parturientas actúan como sujetos pasivos en esa interacción. Por tal motivo, la interacción entre prestadores y usuarias ha sido muy cuestionada en los servicios de salud reproductiva (anticoncepción y atención del parto) porque el personal de salud no promueve una adecuada participación y esto limita la toma de decisiones de las usuarias.

Es importante mencionar que la normatividad en las intervenciones médicas y la pertinencia cultural han sido señalados por documentos internacionales de la OMS como parte de las estrategias para la reducción de morbilidad y mortalidad materna. En este sentido, es importante resaltar que las instituciones que han regulado sus procedimientos estandarizados en atención del parto, basados en evidencia médica y

pertinencia cultural, han tenido experiencias exitosas respecto a una reducción de muertes maternas y percepción del trato⁷.

Así bien, desde una propuesta antropológica en la que se intenta atender las necesidades culturales en el ambiente institucional, se integran los siguientes retos:

- Capacitación acerca de temas de interculturalidad y salud.
- Desarrollo de guías de práctica clínica con pertinencia cultural
- Fortalecer las redes de apoyo entre la comunidad y las mujeres embarazadas.
- El vínculo y/o alianza entre los médicos tradicionales y el sistema de salud.
- La formación de parteras profesionales que genera una nueva alternativa de atención en instituciones de salud.⁸

Dado lo anterior, este enfoque propone estrategias de trato adecuado mediante el cruce de procedimientos institucionales y prácticas tradicionales; con la finalidad de crear mayor confianza en las mujeres y cambiar la percepción hacia los servicios de salud, para disminuir las barreras socioculturales en la atención del parto.

⁷En Chile ha tenido lugar una experiencia exitosa en este sentido. Desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo y se inició un programa de formación de matronas profesionales, quienes han estado a cargo de la atención materna desde entonces. (CNEGySR, 2009)

⁸Lamentablemente, las parteras profesionales que en México fueron parte del sistema de salud desde principios del siglo XX –con educación institucionalizada y práctica hospitalaria en diferentes Estados de la república–, no fueron contratadas a partir de 1950 y en 1960 se les prohibió atender partos. (Comunicación personal Maricruz Corona, CASA San Miguel Allende; En: CNEGySR, 2009)

2.3 Estudios en Sociología Médica de la violencia en salas de parto.

A diferencia de la antropología médica, la sociología estudia las prácticas médicas a partir de momentos sociales, es decir, la sociología médica estudia el proceso de salud-enfermedad de acuerdo a las características de una sociedad en conjunto.

Para delimitar mejor el estudio de la sociología médica, es importante señalar lo siguiente:

Strauss propuso diferenciar entre sociología en medicina y sociología de la medicina. La primera quedó definida como la investigación “colaborativa” que se hace desde y con la medicina, y que tiene como finalidad desarrollar la agenda de la salud. La segunda, en cambio, se refiere a aquella que es realizada “desde posiciones independientes fuera del contexto medico formal. (Castro R. , De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexibilidad. , 2016, pág. 72)

De acuerdo a investigaciones realizadas (BronFman, M. y Castro R; 1989) el vínculo entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales tienen más de 25 años. Se tiene informes de que el inicio de las ciencias sociales, descritas como ciencias de la conducta, se integra en planes de estudio de facultades de medicina de Estados Unidos a partir de los años 50.

En América, la integración de ciencias sociales a currículos de facultades de medicina inició una década después que en Estados Unidos; y como hemos mencionado, los temas se enfocan en revisar la relación de fenómenos de la salud-enfermedad que surgían en contextos sociales específicos que paso a paso fueron aplicándose a diferentes líneas de investigación.

En México, en la década de los ochenta, iniciaron los trabajos coordinados por Julio Frenk (1988), en los que se investigan los determinantes generales del mercado de trabajo médico. El autor identificó los elementos clave en la estructura de salud; condición económica del país, la conformación política, las organización social, las instituciones sociales y la ideología (Castro R., 2011)

Durante el desarrollo de los trabajos, Frenk genera la discusión acerca del perfil médico, e inicia una línea de investigación de problemas de salud pública que buscaban mayor

flexibilidad teórica, evitando la rigidez que se acostumbraban las investigaciones médicas.

Sin embargo, a pesar de la información difundida, el personal de salud prioriza la importancia de conocimientos técnicos sin vincular las necesidades de la población.

Además de los estudios anteriores, en la década de los ochenta se iniciaron estudios de salud desde una perspectiva de género, a estos estudios se integra la violencia que ocurre en diferentes instituciones. Así es como, inicia un periodo de investigaciones acerca de los factores socio-culturales que afectan el acceso y la equidad durante la atención en salud.

Los trabajos pioneros en sociología médica, desde una perspectiva de género, fueron los que estudiaron el fenómeno de los programas de planificación familiar (Bronfman, 1989). Los planteamientos que se iniciaron a partir de estos trabajos se enfocan en las diversas violaciones de Derechos Humanos que experimentaban las mujeres en el ámbito institucional.

A partir de los estudios anteriores, en América Latina se iniciaron investigaciones sobre violaciones a los derechos reproductivos (Cladem, 1998; 1999; D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002), en los que se describen prácticas como: coacción para utilizar métodos anticonceptivos, intervenciones quirúrgicas sin el consentimiento de las usuarias, atención inadecuada, abuso físico y verbal.

Un estudio sobresaliente en este tema lo realizó Castro, en dicho estudio se describe la formación de los estudiantes de medicina que generan estructuras jerárquicas en los sistemas de salud:

A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende, por una parte, que hay jerarquías y superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición de tales; por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los residentes que están a cargo de uno. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a

castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen por qué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. (Castro R., 2016, pág. 179).

Es de esta manera, desde la visión sociológica, se analizan los comportamientos sociales del gremio médico, vinculado a la violencia que se ejerce hacia las usuarias de servicios de ginecología y obstetricia.

Es importante señalar, que los autores de los estudios anteriores, han señalado que no se trata sólo de un tema de *calidad y calidez*, sino que los estudios pretenden identificar los factores socio-culturales mediante esquemas de percepción y apreciación dominantes en el campo médico, desde una sociología crítica que nos permita *desencantar* ese mundo y cuestionarlo radicalmente (Castro R., 2016, pág. 172).

2.3 Estudios en psicología médica para mejorar el trato hacia la población usuaria.

En las facultades de medicina, se reconoció la importancia de las conductas del personal de salud durante la atención médica; esto se nombró *relación médico-paciente*. A partir de esta denominación, los currículos de diferentes instituciones educativas integraron el estudio de la psicología para comprender dicha interacción.

En un inicio, el estudio de psicología en las facultades de medicina se orientaba a describir patologías propias del campo de la salud mental, pero no se incluían las interacciones que sucedían en la clínica.

Posteriormente, en las cátedras se impartían temas relacionados a factores emocionales, propios de la interacción durante la atención médica.

Paso a paso, durante el desarrollo de la psicología médica, se reconoció la importancia que tiene la relación médico-paciente en la evolución de las enfermedades, porque el comportamiento del médico, se presenta como una variable que impacta en la aceptación al tratamiento y su alcance.

Balint (1954; citado Gómez, 2002) es el autor del concepto relación médico-paciente, en el cual descubre la figura del médico como parte del tratamiento y crea el concepto de la “droga llamada doctor” para referir el efecto del médico como parte del

medicamento desde la óptica del paciente, así también sus efectos benéficos o indeseables. En un inicio Balint hace investigaciones con médicos generales con los que descubre que existe una responsabilidad terapéutica al interactuar y por lo tanto enfatiza la importancia de la formación en psicoterapia en escuelas de medicina. El autor explica el término “misión o función apostólica” del médico al hecho de “evangelizar” el comportamiento del paciente al ejercer cierto control del proceso y decisiones respecto a la enfermedad. Además, este término ha sido utilizado para interpretar las interacciones clínicas porque detalla que los médicos regularmente buscan comprobar que son *buenos médicos* mediante una actitud rígida que obstaculiza las necesidades del paciente.

Por este hecho, la importancia de los aspectos psicológicos en los cuidados de la salud cobra un fuerte auge en los años setenta y así surge la psicología médica, resultado de estudios que pretenden ampliar la protección de la salud más allá de la ausencia de enfermedades.

En nuestro país, Ramón de la Fuente publicó en 1959 el libro “psicología médica” en el que se detallan un enfoque de la medicina desde un marco biopsicosocial.

En México, se sugirió la integración de la psicología al currículum de la carrera de medicina de la UNAM. Anterior a esto, los estudiantes de medicina sólo tenían acceso a contenidos de psicología si estudiaban la especialidad de psiquiatría.

Como hemos referido, la especialización de la medicina ha provocado la disminución de las habilidades y estrategias de interacción entre el personal médico y la población usuaria, porque en las facultades se ha impulsado la acumulación de conocimientos técnicos sin abordar aspectos psicosociales.

De la Fuente explica que, durante los primeros años de enseñanza de la psicología médica en la UNAM, las clases eran muy teóricas, porque la mayoría de profesores eran psiquiatras clínicos que no habían tenido otra formación fuera de la rama médica. Por lo tanto, años más tarde, se incluyó un curso propedéutico dirigido a jóvenes que estaban interesados en iniciar la formación en psiquiatría. Este curso detalló el objetivo de la psicología médica en el campo clínico y fue así como se comprendió el vínculo entre la psicología y la medicina.

En diferentes países se realizó la propuesta de impartir psicología médica en las Universidades y de este modo, en 1998; la **Asociación Mundial de Psiquiatría**, la **Federación Mundial de Educación Médica** y la **División de Salud Mental** de la **OMS**, promovieron un programa de psicología médica para jóvenes estudiantes. En este programa se propuso la siguiente lista de actitudes que el personal sanitario debe desarrollar:

- Reconocer que la profesión médica requiere de un aprendizaje permanente.
- Demostrar una capacidad de pensamiento crítica y autocrítica constructiva.
- Tolerar la incertidumbre y estar abierto a la opinión de los demás.
- Ser capaces de trabajar de manera constructiva con otros profesionales de la salud.
- Respetar a los pacientes y comprender sus sentimientos.
- Reconocer la necesidad de una buena relación médico paciente.
- Apreiciar el valor del enfoque evolutivo de los problemas clínicos, enfatizando las etapas del ciclo vital y la perspectiva longitudinal de la enfermedad.
- Reconocer la importancia de la familia y del medio ambiente que rodea al paciente.

Además, también se señaló la importancia de desarrollar habilidades terapéuticas que; se advertía, no siempre coinciden con cuestiones médicas. Entre las principales habilidades a desarrollar, se describieron las siguientes:

- Capacidad de escuchar
- Empatía
- Comunicación no verbal
- Explorar la personalidad
- Valorar la influencia de factores personales y sociales en el comportamiento.

- Capacidad de informar.

Como hemos visto, la psicología médica marca una guía de comportamiento, y a su vez, muestra los aspectos éticos y legales que rigen la actuación de los profesionales de salud.

De acuerdo a lo complejo de las interacciones en el campo de la salud, fue necesario ampliar criterios clínicos respecto a aspectos psicológicos en el trabajo del médico.

De la Fuente señaló que la psicología debería ocuparse también de; *identificar las situaciones de la vida, tensiones crisis, conflictos, pérdidas y frustraciones, que intervienen en la iniciación, evolución y desenlace de los estados patológicos; que advierta el efecto de sus propias reacciones y actitudes hacia los enfermos y a que aprendan a usar la influencia en beneficio de ellos.*

Para reducir conflictos durante las interacciones clínicas, se señalaron comportamientos no funcionales. En este sentido, se identificaron los siguientes comportamientos del personal de salud que pueden obstaculizar la atención adecuada:

- El narcisismo.

De acuerdo al autor, es una forma de negar aquellas opiniones contrarias a las percepciones propias; de este modo, se sobrevaloran las opiniones personales anulando los intereses de otras personas. En la clínica, este tipo de actitudes tiene como resultado relaciones jerárquicas, en las que el personal de salud anula o pone poca atención a las necesidades de la población.

- Autoritarismo.

Se caracteriza por la necesidad de ejercer control sobre otras personas. De la fuente opina que, esta es una tendencia de los médicos, que los hace insensibles a los derechos de los pacientes.

El problema con el autoritarismo médico es que los pacientes se someten “en apariencia” a las instrucciones médicas, sin embargo, también existe resistencia de

acatar la autoridad del médico, y esto genera una tensión durante la consulta o intervención médica.

Desde este enfoque, los médicos tienen una necesidad “compulsiva” por curar, sin tomar en cuenta los deseos de sus pacientes y sus limitaciones. Así, “la necesidad neurótica”, como la define De la fuente, intenta sublimar sentimientos de debilidad mediante el control hacia los pacientes.

Como podemos ver, las aportaciones de la psicología médica mencionados anteriormente son de gran ayuda para identificar posibles aspectos sociopsicológicos del maltrato. Sin embargo, la identidad o personalidad de los prestadores es sólo uno de los factores que se vincula al maltrato, porque también es necesario todos los factores a los que se enfrentan como trabajadores.

Sobre este tema, se han presentado investigaciones en las que se mencionan las dificultades diarias del personal, y en este sentido se explica que,

Es relevante tener presente las características específicas de las actividades que se realizan, las cuales implican, entre otras, un contacto permanente con el sufrimiento, dolor, angustia, vida, muerte, incertidumbre ante el adecuado funcionamiento biológico, así como dilemas entre la salud y la enfermedad. Dichas particularidades son fuente permanente de tensiones, y a su vez, son consideradas como parte del riesgo profesional esperado (Martínez, 2008)

Así, la inestabilidad emocional del personal de salud está relacionada con diversos factores que ocurren en el ámbito clínico, por ejemplo; la sobresaturación de los servicios, la falta de personal, la falta de recursos y la exigibilidad por parte de la población. Desde la psicología, esto se reconoce como un problema que provoca “burnout o síndrome de desgaste emocional” descrito como; “un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial” (Carrillo, 2012). De acuerdo a esta definición se describen tres elementos que aparecen como síntomas en el personal de salud:

- 1) Cansancio emocional que se refleja en la falta de motivación para enfrentar retos en el trabajo.
- 2) Comportamientos negativos o trato inadecuado hacia pacientes

3) Percepción negativa del propio trabajo al ser evaluado.

Además, algunos estudios han identificado que el área de obstetricia es uno de los principales servicios en los que se presenta este problema. “Los ginecoobstetras, en su labor institucional, realizan labores diversas, como proporcionar consulta externa, efectuar operaciones de urgencia y programadas, pase de visita, etc.” (Palmer, 2007, pág. 175).

En los estudios, se identifica la relación entre el síndrome de burnout y la violencia obstétrica y se hace referencia a que “La forma de afrontar el estrés y el desgaste profesional en los médicos tiene efectos en el bienestar de las pacientes. Esto puede originar situaciones de tratos groseros hacia las pacientes, falta de sensibilidad médica y deterioro de la relación médico-paciente” (Pintado, 2015).

Por su parte, la Dra. Ibone Olza comenta que los médicos que atienden partos con síntomas del síndrome de *burnout*, aplicarán un trato menos humanizado y provocarán la inconformidad y desconfianza de las mujeres hacia las instituciones de salud (Olza, 2014).

Las investigaciones citadas anteriormente, concluyen que la falta de información acerca del maltrato y violencia obstétrica, y la deficiente habilidad del personal de salud para enfrentar situaciones de crisis en la atención del parto, pueden provocar síntomas de desgaste laboral que tendrá un impacto en las relaciones, con alta probabilidad de incurrir en tratos y prácticas negativas categorizadas como violencia obstétrica.

Finalmente, las sugerencias en las investigaciones, refieren la preparación técnica y psicológica del personal en formación mediante cursos que les brinden herramientas para enfrentar situaciones y retos en su profesión. Así también, sugieren mantener un diálogo entre usuarias de los servicios de obstetricia y profesionales que atienden partos.

Es de esta forma, como vamos uniendo las investigaciones referidas durante el presente capítulo; primero revisamos el enfoque de la antropología médica, que estudia patrones y comportamientos culturales determinados por el contexto de la población, además, examina las barreras socioculturales que existen en el ámbito de la salud con

la finalidad de integrar modelos de medicina tradicional y partería vinculados a lo institucional. Posteriormente, hicimos una revisión de los estudios de la sociología médica, que valoran las formas de organización social y la reproducción de prácticas que se ejercen de manera institucionalizada o normalizada dentro del sector salud. Finalmente, revisamos las aportaciones de la psicología médica, que examina las conductas e interacciones en el entorno clínico, y que, propicia un espacio para indagar hacia conductas que favorezcan a mejorar el entorno entre trabajadores y el trato hacia la población usuaria.

En el siguiente capítulo, examinaremos investigaciones y acciones de capacitación enfocadas a mejorar el trato en los servicios obstétricos, y las estrategias que se han implementado en el país para mejorar el trato hacia las usuarias de los servicios de ginecología y obstetricia. Finalmente, se mostrará la intervención de capacitación que se realizó en el estado de Veracruz.

UNIDAD 3. INVESTIGACIÓN PARA UN TRATO ADECUADO EN LOS SERVICIOS OBSTÉTRICOS.

Como revisamos en los capítulos anteriores, el maltrato en las salas de parto es uno de los factores relacionados con la muerte materna y por lo tanto, es señalado como un asunto de derechos humanos. Por este motivo, los organismos que protegen derechos humanos han propiciado que las instituciones de salud diseñen e implementen programas de capacitación para evitar situaciones que vulneren los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en apego a los derechos humanos.

Como se describió en el capítulo anterior, existen diferentes enfoques para analizar las conductas de los prestadores de servicios relacionadas con el maltrato, por este motivo, ha sido difícil estandarizar un sólo plan de acción encaminado a mejorar el trato hacia las personas usuarias.

En este capítulo retomaremos algunas experiencias de investigación y capacitación que se han realizado a fin de mejorar el trato en los servicios obstétricos reducir la violencia obstétrica.

3.1 Enseñanza, Investigación y Capacitación como estrategias para evitar la violencia obstétrica.

Con el propósito de mejorar la calidad en la atención materna, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2009) propuso una estrategia para la reducción de la mortalidad materna en la que se planteó la mejora del trato en la atención del embarazo y parto. En este documento se detallaron algunos elementos clínicos para el cuidado y atención del embarazo; en los que se enfatizó mejorar la prestación del servicio en materia de planificación familiar, y principalmente en la atención calificada del parto y atención médica de emergencia. A partir del planteamiento de la CNEGySR, se realizaron investigaciones e intervenciones de capacitación; por ejemplo, en el estado de Michoacán desarrollaron una investigación en los Servicios de Salud (Tinoco, M. 2013) mediante encuestas, con 20 reactivos en los que solicitó al personal de salud completar oraciones, 5 preguntas de opción múltiple y una entrevista semiestructurada. Las variables temáticas de esta encuesta fueron: Femenidad y maternidad.

Los resultados en el estudio señalaron que el personal de salud identifica plenamente el problema de violencia institucional y la condición de autoridad del médico. La autora del estudio comenta que de acuerdo a los resultados en las encuestas, el personal de salud percibe a las mujeres como objeto reproductor, y por este motivo, señala la necesidad de abordar de manera multidisciplinaria el tema con la finalidad de encaminar acciones que permitan reducir la violencia asociada a la mortalidad materna. En el estudio se integraron profesionales del área de psicología y psicoanalistas, quienes propusieron analizar el problema desde la subjetividad de los prestadores de servicio, sobre todo del personal médico, para posteriormente integrar la dimensión grupal, institucional y comunitaria. De acuerdo a las encuestas que se realizaron a sólo 10 médicos, la autora señala que la violencia dentro de la atención médica hacia la mujer, en algunas ocasiones, se ejerce por frustraciones inconscientes e imaginarias con la madre de los prestadores de servicio de salud.

Es indudable que el tema de trato está vinculado con actitudes de rechazo relacionadas a prejuicios étnicos y de género, que se forman en un contexto social, sin embargo, hablar sólo de subjetividad podría reducir el prejuicio a experiencias meramente individuales.

En el 2015 se realizaron talleres de capacitación para el buen trato enfocado a la atención del embarazo, parto y puerperio en 24 entidades del país.

Los talleres fueron coordinados e impartidos por personal del CNEGySR, en los que implementaron acciones capacitadoras para prevenir y erradicar el maltrato físico y verbal hacia las mujeres a partir del respeto de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos. Cada taller tuvo duración de 40 horas, y los objetivos de aprendizaje fueron enfocados a identificar las situaciones de maltrato relacionados con la violencia obstétrica.

El programa de capacitación se basó en investigaciones coordinadas por la doctora Rosario Valdez, investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, quien junto con otros médicos describió en investigaciones, (mencionadas en este trabajo anteriormente), los principales problemas que desatan la violencia obstétrica.

Los investigadores argumentan que el problema de la violencia obstétrica se genera desde la formación académica, y que es allí donde se debe poner mayor atención.

Dado el planteamiento de los investigadores, en los talleres de capacitación se aborda la elección de carrera, la experiencia personal del parto y nacimiento, el maltrato desde una perspectiva de género. Además, se abordan temas de calidad técnica y temas de sensibilización para prevenir la violencia obstétrica a partir el buen trato.

Hay que trabajar mucho para mejorar la relación médico-paciente. Confiamos en que paulatinamente dejen de presentarse estas prácticas. Podemos construir una cultura de espacios libres de malos tratos, espacios de atención con respeto a la autonomía, dignidad y a los derechos humanos de las mujeres y de los usuarios en general (Valdés, 2015)

Sin embargo, a pesar de promover el diseño de las políticas públicas para mejorar el trato en lo servicios obstétricos, aún no se logra implementar acciones específicas para evitar el maltrato en salas de parto. Por otra parte, la promoción de los derechos humanos ha funcionado para que la población usuaria de los servicios de ginecología y obstetricia identifique posibles violaciones a los derechos humanos.

3.2 Recomendación general de la CNDH 31/2017 por violencia obstétrica.

Durante el 2015, 2016 y 2017, se presentaron múltiples quejas de ante las comisiones de derechos humanos en las que se comprobó violencia obstétrica. Por este motivo, después de las investigaciones realizadas por la comisión estatal y nacional, se publicaron un total 28 Recomendaciones relacionadas a violencia obstétrica, dirigidas a gobernadores y titulares de las instituciones públicas de salud.

En julio del 2017, con base en las múltiples recomendaciones por violencia obstétrica, se emitió la recomendación general 31/2017.

En dicha recomendación, la CNDH define la violencia obstétrica como:

Una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer

o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros.

Principalmente, el objetivo de la recomendación es contribuir a que las autoridades de salud identifiquen y eviten conductas que vulneran derechos humanos de las mujeres y de las personas recién nacidas.

La recomendación general indica que, las principales quejas relacionadas a la violencia obstétrica son por:

- Agresión verbal
- Actitudes groseras y despectivas por parte de los servidores públicos.
- Comentarios que reflejan prejuicios acerca de la sexualidad de la mujer.
- Burlas
- Negativa de atención.
- Obstaculizar el apego precoz de la madre con la persona recién nacida.

En la recomendación de la CNDH se describen estudios en los que se investigó la violencia obstétrica que ocurre en los servicios de salud. El primer estudio que se menciona, lo realizaron estudiantes e investigadores de la Universidad de las Américas de Puebla. El estudio tiene un enfoque interesante porque se acerca a reconocer las opiniones de una pequeña muestra de gineco-obstetras con los que se obtuvo la siguiente información:

Número de entrevistados	Han presenciado discriminación por edad, etnia o condición social	Han presenciado tratos groseros y agresiones verbales	Admitieron no tener información de violencia obstétrica
29	10	11	19

El segundo estudio que se nombra, se desarrolló en Oaxaca mediante una encuesta realizada a 323 mujeres, en él se evidenció que las prácticas de la atención durante el trabajo de parto, y puerperio inmediato, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS.

Desde esta perspectiva, los resultados del estudio refieren la escasa calidad técnica de los profesionales de la salud, que a pesar de encontrarse en un ambiente institucional, no se apegan a los procedimientos estandarizados que son sustentados en guías de práctica clínica o recomendaciones de la OMS.

Como mencionamos anteriormente, la atención del parto conforme a las recomendaciones de la OMS, no dependen completamente de la infraestructura o del recurso material; pero sí tienen una fuerte dependencia de las actitudes de los prestadores de servicio.

En este sentido, el estudio en Oaxaca señala las recomendaciones de la OMS que no son atendidas por el personal de salud:

- El acompañamiento a la mujer durante el trabajo de parto,
- La libre deambulaci3n y adopci3n de posiciones durante el trabajo de parto,
- La adopci3n de la posici3n que la mujer escoja libremente para las fases de pujo y de expuls3n
- La entrega inmediata del reci3n nacido a la madre, entre otros.

Finalmente, a partir del an3lisis de las quejas y estudios acad3micos revisados por la CNDH, en la recomendaci3n se instruye a las instituciones de salud lo siguiente:

PRIMERA. Que se dise1ne y ponga en pr3ctica una pol3tica p3blica de prevenci3n de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasi3n del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relaci3n materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y g3nero, constituida por acciones de capacitaci3n y sensibilizaci3n continua al personal de salud que presta sus servicios en la atenci3n gineco-obst3trica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminaci3n de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; as3 como de informaci3n a las mujeres usuarias sobre sus derechos y c3mo ejercerlos.

SEGUNDA. Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos t3cnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan

ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud gineco obstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.

TERCERA. Que se implemente el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

CUARTA. Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

QUINTA. Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con la partería tradicional en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres. Señalando de manera enunciativa más no limitativa, las siguientes medidas: Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos,

organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

SEXTA. Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General.

“Para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en el trabajo de parto, de salud y de los derechos reproductivos” CNDH, 2017

Como pudimos observar, la recomendación señala la necesidad de incorporar actividades de capacitación y sensibilización para la promoción de los derechos humanos en la atención del parto. En lo referente a las conductas de los prestadores de servicio, hemos identificado las siguientes categorías.

Derecho a la protección de la salud

- Identificar las etapas físicas y psicológicas durante el parto para evitar subestimar manifestaciones de dolor o pánico de las mujeres.
- Valorar cada caso antes de la realización de maniobras de rutina.
- Supervisar al personal en formación.
- Reportar la mala infraestructura y equipamiento del hospital.
- Evitar el abuso de medicalización

Derecho a la información y al libre consentimiento informado

- Brindar información completa sobre el estado de salud de la paciente.
- Realizar prácticas explicando previamente en forma detallada el procedimiento a efectuar.
- Elaborar y usar formatos de consentimiento informado para los procedimientos necesarios, y archivar en el expediente de la paciente.

Derecho a la libertad y autonomía reproductiva

- Si existen las condiciones necesarias, respetar la forma en que la gestante decide dar a luz
- Permitir y supervisar que partos de bajo riesgo evolucionen de manera natural.
- Permitir la libre decisión de método anticonceptivos mediante la información completa y expresa de las mujeres.

Derechos a la vida

- Supervisar los padecimientos manifestados por la gestante.
- Brindar vigilancia estrecha del binomio materno-infantil conforme a las guías de práctica clínica y normas oficiales.

Es importante indicar que antes que la CNDH emitiera dicha recomendación, la Secretaría de Salud había puesto en marcha estrategias para evitar la violencia obstétrica. La recomendación señala mediante investigaciones e informes, que la desigualdad social y los roles de género son algunos de los factores que propician la violencia obstétrica, asimismo, obstaculizan los derechos humanos en la salud materna y perinatal.

En este sentido, los profesionales de la salud pueden contribuir a eliminar estereotipos durante la atención médica y disminuir la violencia obstétrica; mediante las siguientes prácticas que favorecen los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

A nivel internacional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) asegura que los gobiernos deben eliminar los estereotipos de género para evitar restricciones de derechos, sobre todo del derecho a la protección de la salud.

3.3 Sensibilización hacia el trato adecuado.

La sensibilización hace referencia a la fase previa o intermitente en la exposición de los contenidos teóricos. Esta fase tiene la finalidad de facilitar el aprendizaje significativo, ya que es importante lograr que las personas identifiquen las necesidades de aprendizaje para promover la motivación hacia la modificación de conductas.

En las capacitaciones de derechos humanos dirigidas al personal de SESVER se incluyó la etapa de sensibilización mediante la proyección de imágenes con el objetivo de identificar representaciones sociales vinculadas a comportamientos de discriminación que ocurren en los servicios obstétricos.

En los diferentes grupos de capacitación se identificaron las siguientes percepciones de los prestadores que son asociadas al maltrato:

Situaciones	Comentarios expresados por el personal en hospitales.
Mujeres embarazadas pobres con más de tres gestas.	-Tienen más hijos porque reciben dinero del gobierno por cada uno.
Mujeres embarazadas sin control prenatal	-Las mujeres llegan con complicaciones porque no van a sus consultas y llegan sólo en el momento del parto o por alguna urgencia.
Mujeres embarazadas que utilizan métodos de medicina tradicional. (por ejemplo; ungüentos, tés, listón rojo, etc.)	-Los médicos tradicionales pueden causar daño a la salud de las pacientes y ocasionar consecuencias graves.
Parto respetado	-La ciencia ha avanzado y la evidencia médica señala que la mejor forma del parto es la posición supina (acostada con las piernas abiertas en la cama obstétrica)
Rechazo de las mujeres a utilizar métodos de planificación familiar	-Son personas ignorantes y/o sin educación. -Obedecen al marido -Por una parte la institución nos pide cubrir las metas de APEO (Anticoncepción post-evento obstétrico) y por otra parte los derechos humanos nos piden no imponer métodos de planificación familiar.
Episiotomía	-De acuerdo a la literatura, es un procedimiento de rutina para evitar desgarros hasta la cavidad anal.

Referente a lo anterior, Jasis mostró en un estudio la presencia de la *valoración social a priori* que realizan los prestadores hacia las usuarias; y lo definió como una forma en la que cada proveedor etiqueta a las usuarias basándose en criterios como la diferencia de lenguaje, expresión y diferentes factores socioeconómicos. A partir de estos resultados la autora sugiere desarrollar investigación sobre los efectos de dichas valoraciones en la relación entre prestadores y usuarias para mejorar el trato en los servicios de salud (Jasis, 2000).

En este sentido consideramos importante desarrollar el concepto de prejuicio, que desde un marco de derechos humanos tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad porque es el antecedente cognitivo de la discriminación.

Retomaremos el trabajo de Bobbio en el que señala que la discriminación tiene como efecto la restricción del goce de ciertos derechos; y que frecuentemente, los prejuicios

antecedentes esas actitudes. El autor describe la formación de los prejuicios de la siguiente manera:

La diferencia entre desigualdad natural y desigualdad social es relevante para el problema del prejuicio por esta razón: a menudo el prejuicio nace de sobreponer a la desigualdad natural una desigualdad social, sin reconocerla como tal, sin reconocer que la desigualdad natural ha sido agravada por la superposición de una desigualdad creada en la sociedad, y que no siendo reconocida como tal es considerada ineliminable. En la cuestión femenina esto es precisamente lo que ha sucedido. (...) Pero sirve para hacer comprender que el prejuicio es un fenómeno social, es el producto de la mentalidad de grupos formados históricamente, que precisamente por ello puede ser eliminado (Bobbio, 2010, pág. 194)

Además, otros estudios en psicología social mencionan, que el origen y desarrollo de los prejuicios describen la construcción de ideologías que generan discriminación y actos de violencia hacia determinados grupos.

Una actitud suspicaz u hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, por el simple hecho de pertenecer a dicho grupo, y a la que, a partir de esta pertenencia, se le presumen las mismas cualidades negativas que se adscriben a todo el grupo. (Allport, 1979, pág. 7)

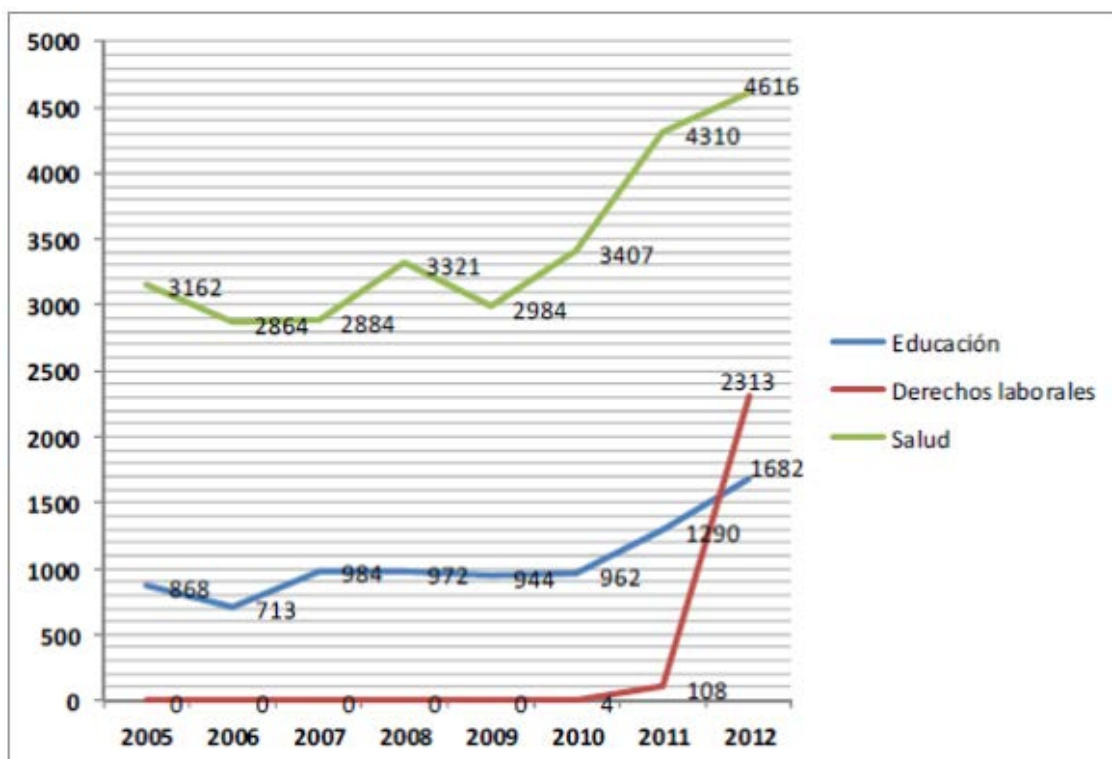
Por lo tanto, los prejuicios tienen como resultado la discriminación que marca una grave desigualdad en los servicios de salud. En este sentido, la identificación de prejuicios es una tarea primordial para la sensibilización del personal en materia de Derechos Humanos; por este motivo, es importante crear espacios que generen reflexión, plantear la problemática y diseñar estrategias para modificar las interacciones que generan conflictos entre prestadores y personas usuarias de los servicios.

Las capacitaciones que se realizaron en SESVER pueden ser parte de un proceso de intervención psicosocial, que para Krause, consiste en:

Acciones o influencias que pueden estar planificadas o no planificadas para plantear problemáticas dentro de procesos sociales, para entender los orígenes del problema orientados hacia la precariedad de los sistemas como son; la falta de insumos, jornadas extenuantes y problemas estructurales como; posiciones jerárquicas, falta de pertinencia ante las diferencias socioculturales, prejuicios y discriminación étnica y de género. repercusión en el bienestar psicológico y social, que tiene como finalidad proponer estrategias para resolver problemáticas. (Krause, 2002, pág. 48)

3.4 Intervención acción-participativa para mejorar el trato en los servicios de Salud de Veracruz.

El diagnóstico expuesto en el programa de Derechos Humanos 2014-2018, refiere que la reforma del 2011 en materia de derechos humanos, creó una dirección para implementar acciones en instituciones públicas y promover los derechos humanos, sin embargo, se señala que estas acciones no han sido suficientes.



Gráfica 1. Número de quejas por violaciones a derechos humanos según la CNDH, 2013

Como se observa en la gráfica⁹, el sector salud es uno de las instituciones que ha tenido mayor número de quejas ante las comisiones de Derechos Humanos. Los motivos de queja que registró la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) mediante el Sistema Nacional de Alerta de Violación a los Derechos Humanos son:

- Omitir atención médica
- Prestar indebidamente el servicio público.

9 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Agenda Nacional de Derechos Humanos 2013, 2013, pp. 18, 19 y 22. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/conocenos/Agenda_2013_1.pdf

En Veracruz, el sistema registró los siguientes datos:

- 19 quejas por omitir atención médica
- 17 por prestar indebidamente el servicio público
- 11 por falta de imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos cargos o comisiones
- 9 quejas por negligencia médica.

También la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED, 2016) emitió un informe en el que resalta los principales motivos de inconformidad, en el que se señala que en el período entre 1996 a 2015 existen:

- 25% quejas por el tratamiento médico,
- 20.2% por diagnóstico
- 18.7% por relación médico paciente.

En este sentido, para la prevención de las violaciones del derecho a la salud el programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018, contempla tres vertientes para la aplicación de los tratados internacionales que son; articulación, capacitación y difusión.

En relación a la capacitación, el programa hace mención a la elaboración de guías enfocadas al servicio público para la debida protección de los derechos humanos. De igual forma, como estrategia de capacitación se propone informar a los servidores acerca de su responsabilidad en esta materia. Es de esta manera que el programa integra el plan sectorial de salud mediante tres estrategias:

- Prevenir violaciones de derechos humanos.
- Garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos.
- Fortalecer la protección de los derechos humanos.

Derivado del Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016, en SESVER se ha planteado la estrategia de promover acciones de capacitación para promover el respeto a la interculturalidad y a los derechos humanos. Asimismo, en la Ley de Salud del estado de Veracruz señala que, es un hecho que las capacitaciones en esta materia funcionan para mostrar a los servidores las responsabilidades que tienen en su respectivas funciones en relación a prevenir violaciones de derechos humanos, sin embargo al

enfocarnos únicamente en acciones capacitadoras nos limitamos a la adquisición de conocimiento sin dar seguimiento a su aplicación.

De acuerdo a los anterior, durante el 2011, los servicios de salud de salud; a través de la **Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación (SElyC)**, implementaron programas en los que se incluyó la capacitación en Derechos Humanos en salud.

De esta manera, se diseñaron estrategias de capacitación como parte de las acciones para la protección de la salud.

Posteriormente, al analizar quejas y recomendaciones de la CNDH y CEDHV, se identificaron que muchas de las quejas estaban relacionadas con conductas discriminatorias y de maltrato por parte del personal de salud hacia personas usuarias de los servicios. Por tal motivo, en el curso de capacitación se integraron técnicas para identificar conductas discriminatorias que atentan al derecho a la salud.

Número de Recomendaciones a Servicios de Salud de Veracruz		
Año	Comisión Nacional	Comisión Estatal
2011	0	2
2012	1	3
2013	1	3
2014	0	3
2015	1	7
2016	0	4

Tabla 2. Número de recomendaciones de la Comisión Nacional y Estatal de derechos humanos dirigidas a Servicios de Salud de Veracruz a partir de 2011.

Además de observar el número de quejas por año, también se precisó los servicios que han recibido mayor número de recomendaciones durante el periodo.

Como ya hemos mencionado, los servicios de ginecología y obstetricia, son los servicios que reciben mayor número de usuarias, y por supuesto, son los principales servicios que reciben quejas y que han recibido recomendaciones de las comisiones de derechos humanos. En el periodo del 2014-2016 la CNDH emitió 28 recomendaciones por violencia obstétrica en todo el país:

- 14 IMSS

- 3 ISSSTE

- 11 en Servicios de Salud estatales

2 Oaxaca, 2 Tabasco, 1 Chiapas, 1 Chihuahua, 1 Guerrero, 1 Morelos, 1 Puebla, 1 Tamaulipas, y 1 Veracruz.

En el periodo del 2015 al 2017, también se emitieron recomendaciones a SESVER por violencia obstétrica, 1 recomendación emitida por la CNDH en la que se señala violencia obstétrica y otros casos investigados por la Comisión de Derechos Humanos de Veracruz, en los que también se acreditaron violaciones de derechos humanos relacionados a la obstetricia, pero no se utilizó el nombre de violencia obstétrica en ninguno de los casos.



Tabla 3. Número de recomendación y hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz que recibieron recomendación por la Comisión Nacional o Comisión Estatal de Derechos Humanos, relacionada con la atención en servicios de obstetricia.

Estos casos se nombraron “inadecuada e inoportuna atención médica gineco-obstétrica; negligente e inoportuna atención médica gineco-obstétrica y *quirúrgica*; *En el Hospital de Río Blanco, Veracruz, 24 mujeres, entre ellas 3 menores de edad, fueron sometidas a métodos anticonceptivos de manera coactiva e Incumplimiento en la atención médica al momento del parto*”

A partir de los casos y los dictámenes médicos que se integran en cada recomendación, se realizaron cursos de capacitación en los que se incluyeron temas específicos para cada caso, y al finalizar se realizaron técnicas de acción participativa para que de manera grupal, se expusieran las principales problemáticas que antecedieron a la violación de derechos humanos de las usuarias.

La metodología de Investigación Acción Participativa (IAP) fue considerada adecuada en los cursos de capacitación en SESVER porque nos brindó la posibilidad de integrar técnicas de sensibilización para el proceso de asimilación y reflexión de las problemáticas relacionadas con el maltrato que ocurren en las unidades de salud, específicamente en los servicios de obstetricia, esto con el objetivo de dirigir los

contenidos teóricos a fin de que los participantes expresaran sus percepciones y propuestas específicas.

Después de la fase de sensibilización, se aplica una técnica expositiva en la que se enuncian los cuatro elementos de la Observación General 14 del PIDESC.

Posteriormente a la exposición teórica, siguió el estudio de casos, en donde se analizaron casos de recomendaciones de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz, relacionadas a la atención obstétrica.

Los temas fueron integrados en el plan de sesión (ver anexo 1) con la finalidad de implementar estrategias de intervención enfocadas a disminuir comportamientos que dificultan el acceso a los servicios de salud mediante técnicas de capacitación en diferentes modalidades conforme al marco jurídico del derecho a la protección de salud.

De acuerdo con los elementos de la Observación General 14, se realizaron propuestas en las que el personal de salud expresara alternativas para promover el más alto nivel de salud posible de las mujeres que acuden a los servicios obstétricos.

Disponibilidad	Accesibilidad
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen servicios y elementos disponibles para toda la población que acude a la unidad? • ¿Hay programas de salud enfocados en atender problemáticas como la que se presentó en este caso? • Sin mencionar la referencia, ¿qué alternativas se ofertan cuando no existe disponibilidad en la unidad? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se presentó algún tipo de discriminación; física, económica, cultural? • ¿Cómo fue el ingreso y la información que se le brindó a la usuaria?
Aceptabilidad	Calidad
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El personal actuó conforme a los lineamientos de la ética médica? • ¿El personal fue respetuoso de la cultura de las personas? • ¿El personal resguardó la privacidad y confidencialidad de la usuaria? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El servicio que se brindó fue apropiado desde el punto de vista científico y médico? • ¿El personal mostró capacidad técnica para enfrentar la situación?

Tabla 4. Preguntas planteadas durante la capacitación, dirigidas hacia el ejercicio de la práctica médica en un marco de protección de Derechos Humanos.

3.4 Propuestas del personal de salud para mejorar la atención obstétrica.

A partir de las respuestas expuestas por el personal de salud, se pidió a los participantes proponer estrategias de participación colectiva de corresponsabilidad entre la población usuaria y personal de salud.

Las propuestas se identificaron en cuatro categorías: Enseñanza y capacitación, procesos y actitudes, procesos del personal de salud y actitudes e infraestructura.

Enseñanza y Capacitación

- ❖ Es importante que el personal de salud aprenda que cuando alguien no acepta algún tratamiento, la decisión debe quedar por escrito (consentimiento informado).
- ❖ Actualizar y concientizar a personal de salud, en escuelas particulares y de gobierno en todos sus niveles educativos sobre el tema de Derechos humanos.
- ❖ Fomentar la comunicación eficaz, efectiva y pertinente entre el usuario y el trabajador.
- ❖ Implementar cursos permanentes para concientizar al personal de salud sobre derechos humanos de los usuarios/as.
- ❖ Cursos de lenguas indígenas para mejorar el trato y confianza a los usuarios.
- ❖ Capacitar al personal de salud sobre perspectiva de género, interculturalidad, etc, con base a los saberes de cada contexto o cultura.
- ❖ Capacitación constante relacionada al trato digno y comunicación asertiva dirigida a personal de primer contacto (admisión de urgencias y trabajo social).
- ❖ Realizar folletos en donde detallen obligaciones y reglamento a cumplir al ingreso de personas usuarias y que sean entregados por trabajo social; en caso de que no sepan leer que se brinde de forma detallada y personalizada.
- ❖ Carteles con derechos de usuario pero junto también derechos de la enfermera, para que así los pudieran leer al mismo tiempo y haya respeto mutuo.
- ❖ Informar adecuadamente a la población qué es el Seguro Popular, que cubre, porque desde ahí viene toda la mala información y agresividad hacia nosotros como servidores públicos.

- ❖ En cada hospital dar pláticas a la población sobre el trato igual hacia nosotros (personal de salud).
- ❖ Colocar también nuestros derechos como personal de salud.
- ❖ Cursos de sensibilización a pacientes VIH.
- ❖ Videos sobre derechos humanos dentro del hospital y en fechas de toma de muestras en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)
- ❖ Dar cursos de actualización involucrando las áreas o especialidades médicas (odontología).
- ❖ Promover la capacitación continua en todo el personal de salud para no cometer errores.
- ❖ Capacitación continua a personal médico, sobre relaciones humanas y buen trato entre trabajadores.
- ❖ Sensibilizar al personal en cuanto a todas las situaciones que pueden vivir nuestros usuarios como la falta de dinero, la lejanía de su residencia al hospital o unidad, o su cultura.
- ❖ Capacitar al personal en una atención de calidad y en el conocimiento de los elementos del Derecho a la protección de la salud.

Recursos Humanos

- ❖ Que se establezca un gestor/a de la Comisión Estatal de Derechos Humanos en cada unidad de salud.
- ❖ Cubrir las plazas vacantes del personal.
- ❖ Contratar promotores interculturales o traductor/a en el hospital.
- ❖ Contratación de parteras de acuerdo al código de la secretaría de salud.
- ❖ Equipo médico suficiente.
- ❖ Que haya personal suficiente de acuerdo al Modelo Integrador en Salud (MIDAS)
- ❖ Contar con personal en la jornada acumulada, ya que en fin de semana la atención es esencial.

Procesos del personal de salud y actitudes.

- ❖ Explicar con más claridad a los pacientes que acudan a laboratorio en las condiciones que deben de acudir.
- ❖ Aplicar Triage en todo paciente que llega a un servicio de urgencias pero sobre todo en las mujeres embarazadas (Triage obstétrico) para dar una atención adecuada de acuerdo a la urgencia que presenta en relación a los tiempos de atención.
- ❖ Promover la sensibilidad en la atención de la mujer y sobre todo la embarazada que refiere sentirse mal o nos refiere señales de alarma como percibir disminución de los movimientos fetales o sangrado es indispensable en el personal de salud.
- ❖ Establecer un diagrama de flujo para realizar el registro de las medidas administrativas que lleven a contar con los insumos en tiempo y forma.
- ❖ Establecer rutas críticas para la atención de pacientes en el área de urgencias y su posterior atención intrahospitalaria.
- ❖ Establecer el mecanismo de atención de la embarazada, donde estén integrados los servicios auxiliares de diagnóstico y contar con una red de referencia para el caso de que fallen los servicios o no se cuente con los insumos necesarios.
- ❖ Mejorar la cadena de comunicación, el personal de recepción o de seguridad debe tener capacitación mínima sobre una urgencia en la mujer gestante, y reconocer signos y síntomas claves en la atención de una mujer embarazada para informar de inmediato si encontrara una paciente delicada y poder presentarla directamente a departamento de la especialidad de ginecología. Que exista una escucha atenta en verdad a su padecimiento.
- ❖ En cuanto a la disponibilidad, tal vez podemos poner nuestro granito de arena primero que nada desde el área en que nos desempeñamos dentro de la unidad, en mi caso, estoy en el área de Recursos Financieros y lo que puedo hacer es agilizar los trámites para la compra de material, equipo, refacciones, etc. que se necesiten para poder ofertar una atención de calidad y con disponibilidad de todo lo necesario para el adecuado funcionamiento de todas las áreas. Y aún cuando no sea algo que corresponda a nuestra área, si detectamos la falta

de algún material o el desperfecto de algún equipo o instrumental médico que afecte la disponibilidad podemos hacer del conocimiento de la persona encargada de esa área para que, por si no se ha percatado, tome cartas en el asunto para resolver el problema o desperfecto y que el hospital tenga una adecuada y completa disponibilidad para la atención de los usuarios.

- ❖ Hacer de dominio público la información de que el expediente puede ser solicitado por el paciente o familiar y que debe ser mostrado.
- ❖ Comunicarse con un vocabulario entendible de acuerdo a su cultura.
- ❖ Información médica con lenguaje claro entendible para el usuario.
- ❖ Comunicación efectiva respecto a las recomendaciones sobre horario de visita, y forma en que debe entrar al servicio (Gorra, cubre bocas, bata, sin aretes, sin anillos, manos bien lavadas, no utilizar celular dentro de la sala).
- ❖ Existen departamentos con exceso de personal y que no quieren hacer funciones porque “ No les toca”.
- ❖ Comprender el dolor y angustia de los usuarios y familiares.
- ❖ Orientar a familiares clara y oportunamente sobre el estado de la usuaria, y en la medida de lo posible, permitir el ingreso de alguna persona.

Infraestructura

- ❖ Vigilar y mejorar la estructura de los hospitales.
- ❖ Proporcione personal, equipo y material suficiente, para atender a la población
- ❖ Disminuir la *formatería* para optimizar los servicios.
- ❖ Mejorar la estructura del área de tecnología y Hospitales.
- ❖ Abasto de medicamentos.
- ❖ Descargar al personal médico de tareas administrativas, para bajar su nivel de estrés o de depresión y brindar una mejor atención.
- ❖ Darle curso a las quejas de buzón con la finalidad de mejorar los servicios.
- ❖ Autorizar paquetes globulares sin pago anticipado ya que eso es un derecho que tiene el paciente.
- ❖ Consultorio para área de urgencias médicas que permita la privacidad del paciente, durante el interrogatorio y exploración física.

- ❖ Encuestas periódicas, para personal de CAPASITS sobre derechos humanos.
- ❖ En el área de trabajo social, hace falta un espacio para realizar entrevistas, ya que son confidenciales, y por respeto a los usuarios.
- ❖ Mejorar la infraestructura y equipo en el servicio de urgencias, ya que el consultorio se encuentra en pasillo y frente a las camillas de los pacientes.
- ❖ Mejorar el equipo y mobiliario médico en el tercer piso, para dar una mejor atención.
- ❖ Tener ropa suficiente en los diferentes turnos.
- ❖ Urge mantenimiento en todas las áreas del hospital
- ❖ Espacios donde se mantenga la privacidad del paciente.
- ❖ Que se cuente con recursos necesarios.

3.6 Seguimiento de las intervenciones.

Conforme a los programas federales y estatales relacionados a la protección de la salud, se alineó el seguimiento de las propuestas que se realizaron en los diferentes grupos de capacitación. En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece en la estrategia de “Garantizar el acceso efectivo a Servicios de Salud de Calidad”, de la cual se derivan las líneas de acción: “Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud” e “Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas”.

Asimismo, el Programa Sectorial de Salud Nacional 2013-2018 delinea la estrategia de “Fortalecer la Formación y Gestión de Recursos Humanos en Salud” de las cuales derivan las siguientes líneas de acción; “Promover la Capacitación para Mejorar los Procesos de Atención en Salud, Gerenciales y de Apoyo Administrativo” y “Contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales”.

Respecto a la capacitación del personal de salud, el Plan Veracruzano de Desarrollo 2016-2018 contempla entre sus objetivos: “Garantizar que la población veracruzana tenga acceso efectivo a servicios de salud de alta calidad, provistos mediante un

enfoque centrado en el paciente y dentro de un marco de igualdad, equidad y justicia social”.

En Veracruz, el Programa Sectorial de Salud 2016-2018 establece como objetivo; “Enfocar los esfuerzos, para dar cumplimiento a las necesidades y expectativas de las personas”, mediante “Asegurar la calidad en los servicios de Salud” y “Asegurar la observancia a la protección de los derechos de los pacientes”.

- En relación al Plan Nacional de Desarrollo, en donde se señala la necesidad de Instrumentar mecanismos, que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; podemos mencionar que aún no existen instrumentos para evaluar y tampoco indicadores de trato que hayan sido homologado en las unidades, por lo tanto, una propuesta de seguimiento a la categoría que denominamos; *procedimientos del personal de salud y actitudes*, es que en coordinación con el Instituto de salud Pública de la Universidad Veracruzana, (con las cual existe un convenio de investigación en derechos humanos) se elaboren encuestas de evaluación e indicadores de trato, enfocados a elevar la satisfacción de las personas usuarias, específicamente en el área de ginecología y obstetricia.
- Desde una perspectiva de género; derechos humanos e interculturalidad, como lo señala el Plan Nacional de Salud Sectorial y como lo mencionan los participantes dentro de la categoría que denominamos; *enseñanza y capacitación*, es importante desarrollar acciones enfocadas en contribuir a la integración de contenidos básicos de género, derechos humanos e interculturalidad en la formación de profesionales. En el programa de trabajo del departamento de Desarrollo Humano, se continuará con los cursos de capacitación en *derechos humanos e interculturalidad*, impartidos en coordinación con la subdirección de promoción de la salud, en donde se encuentra el departamento de salud de migrantes y pueblos indígenas. Es importante mencionar que este curso es impartido de manera presencial y en modalidad virtual porque es parte de los requisitos de acreditación para las unidades de salud.

- Finalmente, como parte de las acciones planteadas en el Programa Sectorial de Salud de Veracruz, y como seguimiento a las categorías de enseñanza y capacitación; *recursos humanos e infraestructura*, se iniciarán *jornadas de derechos humanos en salud*, en coordinación con la CEDHV, dirigidas al personal de unidades y jurisdicciones sanitarias del estado.
 - ✚ Las jornadas consisten en la reproducción de un audio que contiene el testimonio de una mujer que relata mala atención médica, lo que genera una queja ante la CEDHV. Después de escuchar el testimonio, personal de la CEDHV explica el procedimiento de queja que se realiza ante estos casos.
 - ✚ La reunión prosigue con un análisis de la situación e identificar las conductas inadecuadas del personal de salud durante la presunta violación de derechos humanos.
 - ✚ El objetivo de las jornadas es generar información para que desde nivel central se establezca un flujograma de actividades del personal de salud ante las inconformidades de las personas usuarias, para asegurar la observancia de la protección de los derechos humanos.
 - ✚ Asimismo, se busca establecer un protocolo de acción para establecer canales de comunicación entre la CEDHV y SESVER, durante investigaciones por presuntas violaciones de derechos humanos y un adecuado seguimiento de las recomendaciones.

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.

La mayoría de los estudios revisados en este trabajo, señalan las barreras socioculturales que se presentan en los servicios de salud por motivo de la desigualdad económica y social. Por este motivo, subrayamos la importancia de examinar ampliamente los elementos que abarcan el derecho a la protección de la salud; que comprende desde los determinantes sociales hasta la prestación de servicios.

En este aspecto, se valoró identificar la vulneración de derechos humanos en salud desde los obstáculos que experimenta la población para el acceso a los determinantes sociales, ya que no podemos entender la protección de la salud únicamente como una responsabilidad dentro las unidades. Es por esto que, durante el primer capítulo insertamos breves testimonios de los prestadores en los que se describen situaciones relacionadas al contexto socioeconómico dentro y fuera de las unidades médicas. En estos breves relatos se entrelaza la falta de servicios públicos; la precariedad de los sistemas de salud a los que están sujetos los prestadores, y las reacciones de las personas ante la deficiente oferta de servicios.

Por lo tanto, podemos observar que tanto la población usuaria como el personal de salud, viven constantemente situaciones que vulneran su dignidad. Sin embargo, algunos estudios que revisamos, sólo se centran en actitudes. Tal es el caso de la investigación realizada en Michoacán, en la que se propuso analizar mediante encuestas la subjetividad de los prestadores de servicio relacionada al maltrato hacia las mujeres en labor de parto. En dicho estudio, la autora resumió que la violencia de los prestadores está ligada frecuentemente con frustraciones inconscientes e imaginarias con su madre.

Este tipo de estudios deja a un lado la grave crisis del sistema de salud y sólo explora “síntomas” individuales. Esto puede ser muy parcial, porque como sabemos, existen múltiples prácticas ejercidas de manera individual que son reproducidas de manera institucional.

También podemos hablar de prácticas institucionalizadas, al mencionar las relaciones jerárquicas que existe entre los profesionales dentro de los hospitales y centros de

salud; o la jerarquía que existe entre los médicos generales y especialistas, o el someter a médicos en formación a guardias de castigo. Entonces, lo que debemos iniciar a precisar es; ¿en qué momento inicia la violencia dentro de los hospitales? También debemos reflexionar; si la falta de conocimiento técnico y la poca actualización del personal de salud se pueden definir como violencia, o si la violencia sólo se refiere a las actitudes de rechazo por la falta de disponibilidad de la institución o por el poco control del personal ante eventos adversos.

Las observaciones de los organismos de derechos humanos tampoco precisan los comportamientos de violencia o lo que se espera como medida de no repetición. Esto es un grave problema para la adecuada atención a las recomendaciones, porque en materia de capacitación, frecuentemente se solicita “se capacite eficientemente al personal de salud” sin distinguir entre conocimientos técnicos y trato, y sin fijar objetivos de aprendizaje vinculados a cada caso.

Sin duda la capacitación es importante para la actualización de conocimientos y para reforzar estrategias de protección a los derechos humanos, sin embargo, la capacitación no es una medida reparadora, por lo tanto, en el seguimiento de las recomendaciones referente a la capacitación, no debe solicitarse una lista asistencia del personal como evidencia, sino fijar conductas esperadas de la capacitación y monitorear su cumplimiento periódicamente.

Para delimitar el problema, en esta investigación se ha planteado la alineación de políticas y programas que promueven el apego de los derechos humanos dentro de las prácticas institucionales. Por este motivo, fue importante iniciar con una intervención psicosocial, para reconocer el contexto a partir de las experiencias de los participantes. Desde este enfoque, los mismos participantes pudieron distinguir entre problemas financieros en el sistema de salud y problemas por la inadecuada prestación del servicio.

Entonces, la calidad técnica y el trato se vinculan pero no siempre corresponden a actos de violencia obstétrica, por lo tanto, es importante analizar y discutir los motivos o situaciones que se generan en torno al trato inadecuado por parte de los prestadores de servicio y categorizar conductas funcionales y no funcionales.

Como revisamos en el capítulo 2, las complicaciones en torno a las actitudes del personal de salud, no son problemas individuales que radican en la formación académica y cultural, sino son problemas de estructura. Principalmente son comportamientos aprendidos y reforzados por las prácticas de procedimientos no regulados, ni vigilados

Dado lo anterior, esta investigación realizada mediante la metodología de acción participativa, permitió el encuentro de percepciones que facilitaron identificar las inconformidades de la atención obstétrica desde diferentes puntos de vista.

De esta manera, la propuesta de trato adecuado incluye procedimientos técnicos basados en la normatividad y prácticas tradicionales; con la finalidad de crear mayor confianza en las mujeres y cambiar la percepción hacia los servicios de salud.

A partir de las propuestas elaboradas en esta investigación, se continuará la investigación para categorizar conductas de trato adecuado e instrumentar su medición. Además de mejorar los canales de comunicación entre la CEDHV y SESVER con la finalidad de monitorear el trato adecuado hacia las pacientes obstétricas.

Siglas y Abreviaturas

APEO	Anticoncepción Post-Evento Obstétrico
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés)
CEPAL	La Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CNB	Comisión Nacional de Bioética
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONEVAL	El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales
DIU	Dispositiva Intrauterino
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
IAP	Investigación Acción Participativa
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
MMH	Modelo Médico Hegemónico
NOM	Norma Oficial Mexicana
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud

OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
OTB	Oclusión Tubaria Bilateral
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018
SESVR	Servicios de Salud de Veracruz (Secretaría de Salud).
SEIyC	Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHA	Conferencia Sanitaria Internacional

Bibliografía

Abramovich, V., & Courtis, C. (1997). Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. *La aplicación de los tratados internacionales sobre derechos humanos por los tribunales locales*, 2.

Aguirre, G. (1992) Nace la antropología médica. En R, Campos (comp). La antropología médica en México. Instituto Mora-UAM. México. pp. 39-93

Alcaraz Mondragón, E. (2011). Manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, Porrúa/CNDH (2008) p.273

Allport, G. (1979); *The nature of prejudice unabridged*. Adisson-Wesley Publishing Company. Estados Unidos p. 7.

Andorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona* (p. 54). Madrid: Tecnos.

Andorno, R. (2012). *Principios bioéticos, dignidad y autonomía*. Bioética: Herramienta de las Políticas Públicas y de los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI, 23-43.

Animal Político. (2015). *animalpolitico.com*. Obtenido de [http://www.animalpolitico.com/2015/11/en-18-meses-266-mujeres-interpusieron-denuncias-por-violencia-obstetrica/Animal Político](http://www.animalpolitico.com/2015/11/en-18-meses-266-mujeres-interpusieron-denuncias-por-violencia-obstetrica/Animal%20Politico)

Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.

Asale, R. (2016). Digno, na. Diccionario de la lengua española. Revisado 18/10/2015. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=DldD5zV>

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.

Bedegral, X. S. (1991). *Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México: CICAM.

Bobbio, N. (2010) *La naturaleza del prejuicio. En: Igualdad y no Discriminación*. El reto de la diversidad. Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. Quito; p. 194.

BronFman, M. y Castro R. (1989) *Discurso y práctica de la planificación familiar*. El caso de América Latina". *SaúdeemDebáte* 25: 61-68.

Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*.

Camino, L. Mendoza Pinto R. (2004) La construcción de los Humanos y a necesidad de la psicología política. *Psicología Política* N°28.. Universidad F. de Paraiba y Universidad F. de Campina Grande- Brasil.

Castro R, Erviti. (2003) La violación de Derechos Reproductivos durante la atención institucional del parto: Un estudio introductorio. En: López P, Rico, B. Langer A. Espinoza, G. (compiladoras) *Género y políticas en salud*. Secretaria de Salud, México. pp. 255-273

Castro R. (2011) *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, CRIM-UNAM

Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.

Castro, Roberto.(2014) *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2. 167-197. México, D.F. ISSN: 0188-2503/14/07602-01.

Castro, R., & Erviti, J. (2015). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*, 19(1).(1989). Obtenido de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

CEDAW. (1979). Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/9.PROTOCOLO%20SAN%20SALVADOR.pdf>

CNDH. (2013). *Comisión Nacional De Derechos Humanos*. Recuperado el 22 de octubre de 2015, de http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/2013/REC_2013_007.pdf.

CNDH. (2014). Recuperado el 22 de octubre de 2015, de http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/2014/Rec_2014_015.pdf.

CNDH. (2014). *CNDH*. Recuperado el 22 de octubre de 2015, de http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/2014/REC_2014_001.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2009). *Recomendación General No. 15. Sobre el derecho a la protección de la salud*. Recuperada: 13 enero 2017. De: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_015.pdf

- Comisión Nacional de Derechos Humanos.** (2017) Recomendación General nº 29/2017, Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de Salud. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Informes. [Consultado 19 agosto 2017]
- CNEGyRS.** (2009). *Estrategía integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- CONAPRED** (2012). *Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Reporte sobre Discriminación en México*. México, D-F.
- Código Penal, V.** (07 de 11 de 2013). *Código Penal Para El Estado Libre Y Soberano De Veracruz-Llave*. Obtenido de <http://info.juridicas.unam.mx/adprojus/leg/31/1270/default.htm?s=>
- Collado-Peña, S. P., & Bringas, Á. S.** (2016). ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. *Revista CONAMED*, 17(4sup).
- Cominsky, S.** (1992). *La atención del parto y la antropología médica*. (E. c. México, Ed.) México: Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Contreras, J. M., Both, S., Guedes, A., & Dartnall, E.** (2016). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.
- De Derechos Económicos, C. Sociales y Culturales, Observación General No. 12-15.** Pacto Internacional de Derechos Económicos y Culturales (PIDESC)
- De la Federación, D. O.** (2008). Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012.
- De la Salud, O. M.** (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf.
- De Perinatología, C. L., & de la Mujer, S.** (2011). Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. In Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación (pp. 29-29).
- De Prevención, S., & de la Salud, P.** NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA PREFACIO.
- Delgado C; López L; González S.** (2011) Diagnóstico de la Salud de la Población usuaria del servicios de ginecología y obstetricia del hospital regional "Dr. Luis F. Nachón" con

respecto a la potencial sobreocupación en el servicio de toco-cirugía. Gestión del Conocimiento I y Salud Pública. Colección Educativa en Salud Pública

Donabedian, A. (1980) Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D. F. Fondo de Cultura Económica

Duarte, T. (1992). Opiniones de autoridades de salud. In Panel. Santafé de Bogotá: II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud/OPS.

Duarte, P. (1992). La violencia y su impacto en la salud integral de la mujer. Aspectos psicológicos. *III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, (pág. ponencia). Cuernavaca, Morelos.

Elu, M. D. C. (1993). *La luz enterrada estudios antropológicos sobre la mortalidad materna en Tlaxcala* (No. 306.7247 E4).

Egan, L. A. V. (2016). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15. pp. 21-30.

Erviti, J., Castro, R., & Sánchez, I. A. S. (2006). *Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México.* *Estudios sociológicos*, 637-665.

Estrategia Integral para acelerar la reducción materna en México. (2009) Centro Nacional de Equidad y Género CNEGySR.

Faura, F. J. S. (2005). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Foster, G. (1974).* *Redalyc.* (Menendez Eduardo, Ed.) Recuperado el 2016 de junio de 14, de Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina: [:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803>](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803) ISSN 0185-0636

Frenk, J, (1993) *Desigualdad, Pobreza y Salud en México*, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad.

Freyermuth, G. &. (2006). Antropología médica. Visiones contemporáneas. El curanderismo a la influencia aviaria: Viejas y Nuevas Perspectivas de la Antropología Médica. *CIESAS ISSN 1404-9274.*

Freyermuth, G., & Sesia, P. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.

Fuente, R. D. L. (1992). *Psicología médica*, Fondo de Cultura Económica.

GIRE. (2013) Informe violencia Obstétrica. Capítulo 4. p. 120

Goyette, G; Lessard, H (1987). *La Investigación-Acción. Sus funciones, sus fundamentos y su instrumentación.* Editorial Alertes, A. Barcelona

Guedes, A; García-Moreno, C; Bott, S. (2014) *Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe*, Foreign Affairs Latinoamérica, Vol. 14: Núm. 1, pp. 41-48. Disponible en: www.fal.itam.mx

Gómez, E. R. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente.* Caracas: Fundamentos-Colección ciencia.

Heise, L., & Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer. la carga oculta sobre la salud* (No. 613.0424 H4).

Herrera Flores, J. (2008). *La reinención de los derechos humanos. Andalucía: Atrapasueños.*

Hernández, J. M. y Echevarría P. (2016). *Sociología del parto. Con ictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático*, *Revista Internacional de Sociología*, 74 (1): e025. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>

Hurtado T; Rosas, R; Valdés A. (2013) *Servicios de Salud, Discriminación y condición étnica y racial: Un estudio de caso de la problemática en México y en Colombia.* Vol. 9, Núm. 1 Enero-Abril pp. 135-151. Universidad Autónoma Indígena de México

Jasis, M. (2000). *A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor?. Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres de La Paz, Baja California.* (E. C. En: Stem C, Ed.)

Kemmis, S. (1988). *El currículum: va más allá de la teoría de la reproducción.* Madrid: Morata.

Krause, M. (2002). *Acción-participativa: una metodología para el desarrollo de autoayuda, participación y empoderamiento: Experiencias y Metodología de la Investigación Participativa.* Santiago de Chile: CEPAL.

Langer, A. (1994). *Maternidad sin riesgos en México.* En: Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos 1994 Cocoyoc, Morelos (No. 614.599272 C6).

LXII Legislatura. (s.f.). *Boletín N°. 5462 de la LXII Legislatura de la Cámara de Diputados.*

Loewenson, R., Laurell, A; Hogstedt, C; D'Ambruoso, L; & Shroff, Z. (2014). *Investigación acción participativa en sistemas de salud, una guía de métodos.* Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR). *World Health Organization (WHO), International Development Research Centre (IDRC) Canadá, Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET)*

López Cervantes, M., Bellamy Ortiz, C., Durán Arenas, J. L. G., Flores Rodríguez, S., Moreno Peniche, B., Rojas Russell, M. E., & Bennister, W. (2016). Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México.

Maccacaro, G. (1978) Clase y salud. En el libro de F. Basaglia y otros. La salud de los trabajadores. México: Editorial Nueva Imagen.

Magendzo A. (1995) Discriminación negativa: Una práctica social cotidiana y una tarea para la educación en derechos Humanos. Serie: Estudios Básicos en Derechos Humanos Tomo III pp. 185-209

Martínez, L. P., Medina Mora, M. E. y Rivera, E. (2008). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Obtenido en Enero 8, 2010, de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-5/RFM48506.pdf>.

Menéndez, E. (1985) Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina Nueva Antropología [en línea], VII (octubre): [Fecha de consulta: 14 de junio de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803>> ISSN 0185-0636

Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 abril al 7 de mayo.* Buenos Aires.

Menéndez E. (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención, caracteres estructurales, en R, Campos (comp). La antropología médica en México. Instituto Mora-UAM. México.

Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*, 40(1), 291-313.

Navarro, Vicente (1976) *Medicine Under Capitalism* New York: PRODIST.

Oficial, D. (2016). *Publicado en el Diario Oficial de Federación el 7 de abril.* el 7 de Abril.

Olza, F. I. (2014). *Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica* (Vol. 111). Cuadernos de Psicología y Psiquiatría.

Ouellet, A. (2000). La investigación-acción con relación a los métodos cualitativo y cuantitativo. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (39-40)

OMS (2014) Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OPS, O.** (2002). Ampliación de la protección social en salud: una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. *Washington DC: OPS, OIT.*
- OPS, O.** (2013). Legislación nacional de conformidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Salud Reproductiva. Washington D.C.
- OPS, O.** (2011). *Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave.* . Washington D.C: 51 Consejo Directivo 63 sesión del Comité Regional.
- Palmer, M. Y.** (2007). *Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos.* . México.
- Pintado, C. S.** (2015). *Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica.* GinecolObstetMex2015;83.
- Pellegrino, E. D.** (1985). *The virtuous physician, and the ethics of medicine.* In Virtue and medicine (pp. 237-255). Springer, Dordrecht.
- Puentes-Rosas, E., Ruelas, E., Martínez-Monroy, T., & Garrido-Latorre, F.** (2005). Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud pública de México, 47(1).*
- Ramírez, J. C., & Uribe, G.** (1993). *Mujer y violencia: un hecho cotidiano.* Salud pública de México, 35(2).
- Romero, L. M. (2009).** La salud en México: una perspectiva de derechos humanos. Universidad Iberoamericana. pp 145-162
- SALUDABLE, S. R. Y. M.** Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos.
- Secretaría de Salud,** (2008). Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2008.
- Soberanes, J. L.** (2008). Manual para la calificación de hechos violatorios de. En J. L. Fernández. México: Porrúa/CNDH.
- Tapia-Cruz, J. A.** (2006). Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud pública de México, 48(2), 113-126.*
- Valdez R, A. M.** (2013). *Modelo de intervención: Hacia La Erradicación Del Maltrato En Salas De Parto. Identificación Del Maltrato Hacia La Mujer En Salas De Parto En Morelos.* Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valdés, E.** (2015). Bioderecho, daño genético y derechos humanos de cuarta generación. *Boletín mexicano de derecho comparado, 48(144), 1197-1228.*

Vasak, K. (1997). *La larga lucha por los Derechos Humanos*. París: UNESCO.

Villanueva, E. L. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15.

Wadsworth, Y. (1998). *What is Participatory Action Research? Action Research International*. Southern Cross University Press.

Waitzkin Howard; Waterman B. (1981) *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista* México: Nueva Imagen.

Zapata, O. A. (2005). *La aventura del pensamiento crítico: Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*. Editorial Pax México.