

Controversias sobre la justiciabilidad de los derechos reproductivos al nacimiento en México

Omar Calvo Aguilar
Instituto Nacional de Salud Pública de México
omarcavoaquilar@hotmail.com

ISSN 1989-7022

Controversies on the Justiciability of Reproductive Rights at Childbirth Care in Mexico

RESUMEN: La justiciabilidad de los derechos reproductivos en la atención del parto es un acercamiento crítico que ha generado controversias debido a que, en el escenario internacional y nacional, no se ha llegado a un consenso, se han propuesto diversas definiciones, utilizando criterios diversos y se ha promovido la sanción penal como medio de garantizar este derecho en algunos países. En México, el debate se centra en cada uno de estos tópicos desde el enfoque de los diversos participantes en la atención materna, profesionales de la salud, grupos prodefensa de mujeres, organizaciones civiles, académicos y el Estado. El objetivo del ensayo es analizar estos tópicos para tratar de establecer cuál de ellos tiene un mayor acercamiento a las necesidades de reconocimiento y justiciabilidad de los derechos reproductivos al nacimiento en un marco de equidad que permita la confluencia de los diferentes actores que participan en este debate.

ABSTRACT: The justiciability of reproductive rights in childbirth care is a critical approach that has generated controversies due to the fact that international scene, it has been called in various forms, several definitions have been proposed, it uses different criteria and it has promoted criminal sanctions as a means of guaranteeing this right in some countries. In Mexico the debate focuses on each of these topics from the object of the various participants in maternal care, health professionals, women, civil organizations, academics and the state. The objective of the essay is to analyze these topics to try to establish which of them has a closer approach to the needs of recognition and justiciability of reproductive rights at birth in a framework of equity that allows the confluence of the different actors involved in this debate.

PALABRAS CLAVE: falta de respeto y maltrato al nacimiento, violencia obstétrica, derechos reproductivos

KEYWORDS: Disrespect and abuse at birth, obstetric violence, reproductive rights

1. Introducción

El reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres es uno de los temas pendientes en la agenda del Estado mexicano. Si bien se ha logrado reducir la razón de mortalidad materna de 50.1 en el año 2010 a 38 MM/100000 en el año 2016 (Pisanty-Alatorre 2017), y la Tasa de mortalidad infantil de 14.6 a 12.8 por 100 mil (Hernández-Bringas 2019) en el mismo periodo, en ambos casos no se ha alcanzado el objetivo planteado. Hay visos de mejora en las tasas de fertilidad, en el acceso a métodos anticonceptivos y varios indicadores reproductivos más de acuerdo con la Comisión Nacional de Población (CONAPO 2019) como consecuencia del compromiso adquirido para reducir la mortalidad materna en el año 2000 a través de los objetivos de desarrollo del milenio y la agenda 2030 de desarrollo sostenible (UN 2016).

Se hace la distinción entre los derechos reproductivos y sexuales por considerarse la vinculación conceptual inapropiada, dada la falsa noción de que estos últimos son un subconjunto de los primeros, circunscribiéndolos y dejándolos sin protección por estar relacionados a la mujer heterosexual, situación incorrecta ya que no se trata de un mismo universo de derechos (Miller 1999).

Por tal situación es importante establecer entonces que los derechos reproductivos tienen que ver con el derecho fundamental de toda persona a determinar libremente el



número y espaciamento de sus hijos, así como el derecho específico de disponer de servicios de planificación familiar, sin olvidar mencionar el acceso y tratamiento para las parejas con infertilidad, basándose en la autonomía de la persona (Miller 1999).

Esta nueva visión ha generado un movimiento de reivindicación que propone a la maternidad como elección y no como destino, movimiento a partir del cual se ha generado la lucha por el reconocimiento y justiciabilidad de estos derechos que aún no son reconocidos por completo en México, situándose el debate en varias cuestiones entre las que destacan la nomenclatura, criterios y vía legal en la que debe crearse la protección y garantía de estos derechos al nacimiento, debate que se ha llevado al ámbito global (Ávalos-Capin 2013).

De acuerdo con la OMS “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (OMS 2014, 1). Así mismo, el organismo reconoció que el “abuso y maltrato durante la atención del nacimiento” es un problema de salud pública, motivo por el que realizó una declaración oficial dirigida a los gobiernos de todo el mundo para la prevención y erradicación de este fenómeno en instituciones de salud (UN 2016, 1).

Cada día mueren en el Mundo aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las que el 99% corresponde a los países en desarrollo, donde la mortalidad materna es mayor, al igual que en zonas rurales y en comunidades pobres (OMS 2016). La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos, situación por la que la mayoría de estas muertes se considera evitable, considerando la OMS que de acuerdo con los “Objetivos de Desarrollo Sostenible” en el año 2030 la razón de mortalidad materna mundial debe reducirse a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos (OMS 2016).

El reconocimiento de esta problemática a nivel global se debe a la identificación de la brecha de inequidad en la atención referente a las muertes maternas se da en regiones de alta marginación, principalmente zonas indígenas (Pisanty-Alatorre 2017). Se identificó como uno de los problemas a la falta de calidad y maltrato durante la atención como factor asociado a resultados obstétricos y perinatales adversos, agravándose aún más con la falta de rendición de cuentas por el Estado, lo que contribuye a que la morbilidad y mortalidad materna prevenible no pueda abatirse (OMS 2014). Las Naciones Unidas, a través del alto comisionado, manifiesta que es necesario aplicar el enfoque de derechos humanos en la atención del nacimiento para abatir los índices de mortalidad materna, manifiesto que ha permeado a todos los países con altos índices de mortalidad (ONU 2012). Finalmente, el compromiso de todas las naciones a través de la firma de tratados para reducir la mortalidad materna, además de la inequidad para las mujeres, ha mostrado avances en el reconocimiento los derechos sexuales y reproductivos. México participó en el reconocimiento a través de ordenamientos jurídicos a partir de 1994, sin que hasta el momento se concluya con esta tarea iniciada desde el siglo pasado (UNICEF 1994).

Pese a este reconocimiento, tanto en el escenario internacional como en nuestro país, el debate acerca de la nomenclatura, definición y criterios se encuentra vigente por falta de acuerdo. El establecer todas las dimensiones, formular las políticas que ayuden a resolver el

problema de la violación de derechos reproductivos durante el parto y la forma de restitución del daño sigue generando controversias.

Los principales elementos a revisar en este entramado son: quién debe ser sancionado, cuál es la mejor vía para hacer válidos los derechos, quién es responsable y qué acciones deben incluirse como violación a derechos reproductivos. Ante tal situación existe un enfrentamiento entre grupos sociales, activistas, legisladores y profesionales de la salud en México, así como en varios de los países de América Latina, debido al enfoque que se pretende dar (penal), creando una serie de barreras entre los grupos en pugna, sin que exista hasta el momento un punto de acuerdo para denominarlo, definirlo y categorizarlo. La elaboración de este documento pretende hacer una revisión acerca de estos puntos de controversia que generan el debate.

2. Nomenclatura

Respecto al término empleado para referirse a la problemática descrita en los reportes de atención al nacimiento, se observa (sin orden cronológico pero, iniciando por el organismo más importante) que fue denominada de varias formas, la OMS la llamó "*falta de respeto y maltrato al nacimiento*", ofreciendo una visión de acuerdo con los términos empleados hacia conductas de los profesionales de la salud que atentan contra la dignidad de las mujeres, como ser desconsiderado, desatento, proferir insultos o inclusive agredir durante la atención del parto, conductas inapropiadas y lesivas hacia las mujeres por encontrarse en estado de vulnerabilidad (OMS 2014).

Los términos empleados en esta nomenclatura enfatizan en la relación interpersonal que ocurre entre médico y paciente, sin embargo, como se verá más adelante, se carece de una propuesta de definición y los criterios empleados por este mismo organismo para establecer las dimensiones del problema incluyen muchos otros aspectos relacionados con el derecho a la protección de la salud, sin que en la nomenclatura se observe específicamente dicho enfoque. En todo caso, con la terminología adoptada, no se identifican más dimensiones que las interpersonales o de la relación médico-paciente, situación que impide entender los alcances de la problemática.

La nomenclatura adoptada por organizaciones civiles internacionales (Women's Global Network for Reproductive Rights) y varios países de América Latina entre ellos México, fue el de "*violencia obstétrica*", haciendo referencia a aquellos actos cometidos contra las mujeres durante la atención del nacimiento que atentan contra los derechos reproductivos, incluidos dentro del derecho a la protección de la salud y los derechos humanos (Suárez-Bolívar 2007).

En este sentido, la violación a derechos humanos se visualiza como una situación de Estado que debe resolverse a través de la promoción, protección y restitución de dichos derechos. Es por ello que en este rubro se hace responsables a los funcionarios públicos y cualquier profesional de la salud que ejerce como servidor público, poniendo el foco en la persona que presta los servicios, sin considerar a los servicios de salud privados y sin incluir al Estado que es responsable de la problemática (sistema de salud). Esta omisión también alcanza a los

criterios que proponen sean incluidos en el código, excluyendo las situaciones de Estado (medios para provisión de servicios con oportunidad y calidad), cuando el Estado debiera ser el principal encargado de la restitución de los derechos a través de sus instituciones del sistema de salud como responsables.

Es una incongruencia observar que, en ninguna situación violatoria a los derechos reproductivos durante el parto, el Estado quede como responsable de la restitución del daño cometido por “sus” servidores o funcionarios públicos, donde al menos la responsabilidad solidaria debería considerarse en el proceso de apoyo a las víctimas. Esta exclusión del Estado impide el reconocimiento como derecho y a su vez la justiciabilidad del mismo.

Por otra parte, en países del mismo continente como Brasil y Chile denominaron a este fenómeno como “violencia institucional” que es un rubro que se encuentra considerado en las Constituciones de prácticamente todos los países en América Latina y el Caribe a través de la “Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” permitiendo esta nomenclatura la inclusión de la violencia obstétrica como un apartado de la misma y estableciéndola como una falta que el Estado comete en agravio de los derechos reproductivos. En este caso, se relaciona con la cobertura universal de salud que estos países tienen y con la violación al derecho de la protección de la salud (Márquez de Aguiar 2014). Esta última terminología está más acorde con el reconocimiento de los derechos y equidad, pero no es específica para el caso de los derechos reproductivos. Por el contrario, hace falta adentrarse en criterios y definiciones que den mayor claridad y plantearlo como un problema de Estado. Esta falta de especificidad en relación a la atención del parto con calidad como uno de los componentes de los derechos reproductivos hace que la problemática pase desapercibida en relación a los derechos que se pretenden proteger.

3. Definiciones

Hasta el momento la OMS, organismo encargado de la gobernanza en salud a nivel global, no se ha inclinado a definirla. Sin embargo, existen varias definiciones empleadas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), por investigadores relacionados con el tema y propuestas por organismos o agrupaciones que tienen interés en la cuestión. Si bien hasta el momento no existe una definición clara o consensuada de manera global, a continuación, se analizan diferentes propuestas.

En primer lugar, tras el debate internacional, si bien la OMS no emite una definición concreta del fenómeno, propone los criterios y características del fenómeno obtenidos de los informes de maltrato y abuso durante la atención del nacimiento, caracterizando a grupos de riesgo para ser violentados, como son: adolescentes, solteras, de nivel socioeconómico bajo, de minorías étnicas, inmigrantes y que padecen VIH (OMS 2014).

Tiene un acercamiento proponiendo que este tipo de violencia es ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Sin embargo, en esta propuesta se observa que no se emite una definición clara porque los criterios abarcan muchas dimensiones dentro del proceso de atención de la mujer, el parto y otros procesos repro-

ductivos (anticoncepción, menopausia, aborto, etc) que torna difuso el fenómeno a definir. En el parto incluye tanto situaciones relacionadas con el trato que proporcionan los profesionales de la salud (relación médico paciente asimétrica), como de procedimientos médicos que se realizan sin cumplir con normativas de derechos humanos (consentimiento informado), como situaciones de índole institucional (Estado) relacionados con la carencia de medios y seguridad que vulneran los derechos humanos y como consecuencia los reproductivos.

En países como Venezuela (primer país en tipificar como delito la violencia obstétrica en la constitución), Perú, Colombia o Argentina se define la Violencia Obstétrica como: “La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Suarez-Bolívar 2007).

En este caso observamos que el enfoque de la definición tiene que ver con un infractor, claramente definido como profesional de la salud, considerándolo único responsable de cometer estas infracciones o violaciones, olvidando que los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos y por tanto no se puede pasar por alto la participación del Estado en la atención materna, al igual que la obligatoriedad que este adquirió con la firma de los tratados internacionales (Convención para la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres CEDAW y convención de Belem Do Pará). Esta definición ha permeado de manera importante en el resto de América Latina y el Caribe apareciendo de forma idéntica en las Constituciones de Ecuador, Bolivia, El Salvador y siendo incluida en las constituciones de estados mexicanos también de manera idéntica (Pozzio 2015).

En el caso de los países que cuentan con sistema de salud con mayor cobertura (cobertura universal de la salud), el término propuesto (Brasil) es obtenido de la propia Constitución, en donde se define la Violencia Institucional, como “la transformación de la diferencia de la desigualdad, en una relación de poder jerárquico con el fin de explotar, dominar y oprimir a la otra y que la acción tomada como objeto tiende a suprimir o disminuir la autonomía” (Marques de Aguiar 2010, traducción del autor). En esta definición está presente el enfoque de Estado relacionado con la violación a la libertad de la persona, pero carece de un enfoque hacia la salud como un derecho y la garantía del Estado para proporcionarlo. Es importante resaltar que en este país se promovió el carácter legal y normativo de la universalización del derecho a la protección de la salud, donde las políticas sociales se materializan a través de las instituciones y organizaciones en el campo de la salud que proveen los servicios, incluyen la confluencia de la relación personal entre las usuarias y el prestador de servicios, situación por la que el responsable de ese derecho es el estado incluyendo a sus servidores y funcionarios públicos.

En el año 2015 surge una nueva definición para el mismo problema, propuesta por Fredmann, en la que se refiere al abuso y falta de respeto como: “interacciones o condiciones de las instalaciones que en el consenso local considera que son humillantes o indignas, y esas condiciones influyen para que se experimente trato indigno o humillante” (Fredmann 2015).

En esta definición la característica esencial que se intenta poner de manifiesto es que el abuso y la falta de respeto es fruto de la desigualdad estructural de género, que tiene que ver con una falta de interés por mejorar las condiciones donde se presta la atención materna.

Siguiendo a la FIGO, a medida que los indicadores clínicos de salud materna se mejoren, la atención debe enfocarse en cuestiones relacionadas con el género, la falta de respeto y abuso que ocurre a las mujeres en trabajo de parto y nacimiento. Para ello, previamente debieron haberse corregido de fondo las carencias de medios proporcionados por las instituciones de salud, correspondiendo al Estado dicha labor. En esta definición nuevamente confluyen situaciones de orden interpersonal y situaciones de Estado, pero el autor aclara que lo primordial es el cumplimiento del Estado para poder pasar en un segundo tiempo a mejorar el trato y la relación médico paciente.

Considerando estas cuatro definiciones propuestas en el escenario internacional, observamos que confluyen en ellas muchas condiciones de salud materna que tienen que ver con la necesidad de prevenir la morbilidad y mortalidad, al igual que necesidades de mejorar la calidad de la atención, como son: situaciones personales del profesional de salud (maltrato, faltas a la dignidad, mala relación interpersonal, abuso por asimetría de conocimiento), situaciones en las que el Estado no dispone de medios suficientes para proveer la correcta prestación del servicio (carencia de instalaciones además de mala calidad, falta medios e insumos, personal, etc.). Sin embargo, en la última definición observamos que confluyen ambas condiciones, integrándolas en una entidad con criterios diversos al igual que las responsabilidades entre Estado y profesionales, generando cierta confusión.

En consecuencia, del análisis de las definiciones, se observa que tienen analogías respecto al objetivo, esto es, una atención materna con enfoque de derechos humanos en la que no se cometan violaciones a los derechos reproductivos. Pero también se puede observar que mientras la OMS se enfoca a cuestiones de trato y relación interpersonal, como se verá más adelante sus criterios están encaminados a cuestiones de Estado, referentes al derecho a la protección de la salud, en tanto que la definición de violencia obstétrica que intenta incluir los derechos reproductivos de las mujeres enfoca claramente como responsable al profesional de la salud sin considerar al Estado responsable de garantizar, a la vez de vigilar y sancionar los derechos humanos, omisión que ha generado la mayor controversia.

Probablemente el término que mejor se adecúa y podría incluir ambas situaciones (Estado y profesionales) sea el de la violencia institucional, aunque no cuenta con una definición para el contexto de la salud y menos aún en el contexto de los derechos reproductivos. Sin que con esto se pretenda que una figura de tantas dimensiones se pueda concretar en un término que cuente con una definición puntual y aplicable al contexto global, debería replantearse la necesidad de hacer una definición lo más cercana a lo que se pretende resolver.

Otra debilidad observada en las definiciones es lo referente a su inclusión en códigos penales. La necesidad de definición concreta es necesaria para la inclusión. Si bien es cierto que se pueden hacer definiciones regionales, la inclusión de una definición que no abarque correctamente la conducta o serie de conductas observadas a sancionar por falta de criterios uniformes, características y dimensiones, puede generar una visión errónea además de equívocos en la magnitud de la sanción. El subregistro que se observa en los casos de muerte materna documentado en las autopsias verbales y trabajos de recodificación de la mortalidad materna indica que en muchos casos las omisiones alcanzan hasta el 28%, situación que impide el ejercicio de derechos al no tener una causa directa relacionada con la maternidad (Freyermuth-Enciso y Cárdenas-Elizalde 2009).

La construcción de la definición debe originarse desde los diferentes aspectos que se ven involucrados, a saber, la parte subjetiva de la mujer como paciente acerca de su sentir respecto a la atención recibida (expectativas); la manera en que se brinda la atención y las intervenciones o procedimientos por parte de los profesionales de la salud que tiene que ver con la indicación y forma de realizarlos, que son situaciones de orden técnico médico (*lex artis* médica); y el enfoque de trato digno en el que se presentan situaciones de información, comunicación asertiva y relación médico-paciente (derechos). Probablemente la mejor forma de hacerlo es creando figuras individuales que abarquen todos los aspectos comentados.

Las divergencias que existen en lo que se pretende definir originan falta de entendimiento y dispersan la idea, puesto que la falta de enfoque de las definiciones impide contar con criterios específicos y acuerdos para su medición (prevalencia) e implementación de medidas resolutorias o políticas de estado. El sortear estas y otras dificultades es un reto para las instituciones. Dado que las definiciones más completas vienen desde la academia, para su empleo en el orden jurídico deberán ser corregidas y adaptadas al contexto local, considerando que muchas de las acciones en salud que se incluyen como violatorias son vistas como parte de la atención convencional hacia las mujeres durante el parto, identificándolas como proceso natural, con lo que se legitiman las conductas y pasan a formar parte del proceso de atención. En tanto no se pueda establecer la definición, es muy probable que tampoco se pueda ofrecer completa justiciabilidad a los derechos reproductivos, creando un entorno disperso, ocasionando la falta de uniformidad para establecer criterios y políticas que resuelvan esta problemática.

4. Criterios

Retomando la propuesta de la OMS del año 2014 se observa que, si bien no considera una definición, sí establece criterios para medirla, en este caso a través de diez requisitos:

- a) evidente maltrato físico,
- b) una profunda humillación y maltrato verbal,
- c) procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización),
- d) falta de confidencialidad,
- e) incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo,
- f) negativa a administrar analgésicos,
- g) violaciones flagrantes de la privacidad,
- h) rechazo de la admisión en centros de salud,
- i) negligencia hacia las mujeres durante el parto y
- j) retención de mujeres y su recién nacido por falta de pago

Estos criterios hacen referencia a situaciones de violación a derecho, trato digno, procedimientos o intervenciones médicas y fallas del sistema de salud. Este escenario tan amplio impide que se pueda establecer la medición de la prevalencia, impacto en la salud, el bienestar, la percepción del fenómeno por las mujeres y por los profesionales de la salud, de manera que impide generar las políticas adecuadas para prevenirlo y erradicarlo.

Se enumeran a continuación los criterios de “violencia obstétrica” que se observan de manera común en las leyes de los diferentes países de América Latina, incluido México, aclarando que sólo se incluyeron cinco puntos en el código penal de los tres estados mexicanos que lo penalizaron (Pozzio 2016):

- a) no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas;
- b) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas contra su voluntad;
- c) obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer;
- d) alterar 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 y
- e) practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Todos los puntos enumerados anteriormente son tomados del código penal de Venezuela, donde tipificaron la violencia obstétrica, que a su vez han sido considerados para las diferentes constituciones estatales mexicanas (Pozzio 2016). Podemos observar que existen notables diferencias entre los criterios de “violencia obstétrica” y “maltrato y abuso al nacimiento”.

Las analogías entre ambos criterios convergen en la negativa en la atención de la mujer para la atención del parto y las intervenciones que no cuentan con justificación ni consentimiento, pero contrasta que los criterios de la OMS tienen mayor énfasis en la violación a derechos humanos (derechos reproductivos) respecto a los considerados en el código penal, en el que sus criterios no dimensionan los derechos humanos, siendo que el paradigma de los derechos reproductivos reconoce que estos derechos de las personas se sitúan en la esfera pública. Por lo tanto, las violaciones de estos derechos en la esfera privada no se consideran como tales. Para considerarlo deberán incluir al Estado como responsable de la atención por ser el garante del derecho a la protección de la salud.

En México se encuentra establecido que este tipo de faltas de los profesionales de la salud se rigen conforme al reglamento de la “Ley general de salud”, a la vez que sus sanciones son tomadas del código administrativo y penal.

Mención aparte son los esfuerzos académicos por establecer los límites de la entidad han llevado a estructurar categorías y criterios referentes a este tópico, siendo la propuesta de Bowser y Hill (2010) una de las más aceptadas. En ella se forman siete categorías:

- a) abuso físico (que va desde estimulaciones dolorosas hasta golpes),
- b) falta de confidencialidad (exponerlas durante el parto o dejarlas en pasillos comunes),
- c) intervenciones sin consentimiento informado (falta de información y firma),
- d) falta de trato digno (condiciones donde se atiende el parto y el respeto en la relación profesional de la salud y paciente),
- e) discriminación (exclusión por motivo de raza, género, religión o política),
- f) abandono (no prestar la atención en tiempo) y
- g) falta de servicios (falta de accesibilidad)

Estos puntos son adoptados por la FIGO como los elementos que deben ser considerados para mejorar la calidad en la atención, haciendo énfasis en que la falta de servicios (por parte del Estado) corresponde a un criterio que no debe estar ausente en tanto que tutela el derecho a la protección de la salud.

Por otra parte, Bohren y colaboradores proponen luego de una revisión acerca del maltrato a las mujeres durante el nacimiento siete puntos que integran el abuso y falta de respeto (Bohren et al. 2015):

- a) abuso físico
- b) abuso sexual
- c) abuso verbal
- d) estigma y discriminación
- e) incumplimiento profesional de normas de atención
- f) mala relación entre las mujeres con los profesionales de la salud
- g) condiciones del sistema de salud

Podemos ver tanto en los criterios de Bowser y Hill (2010) adoptados por la FIGO y en los propuestos por Bohren et al. (2015) que, desde la perspectiva académica, se coincide en que la comisión de faltas durante la atención del nacimiento tiene que ver con la responsabilidad del Estado y no exclusivamente del profesional de la salud, con mayor responsabilidad donde el derecho a la protección de la salud se encuentra establecido en la Constitución. De manera que la inclusión del Estado debe considerarse siempre que se hable de derechos reproductivos de las mujeres como una obligación sea de manera directa o como responsable solidario en los casos de relación interpersonal generada por los servidores públicos.

5. Conclusiones

El debate acerca del término apropiado para nombrar a este problema de salud pública se debe llevar a un plano donde se establezcan las responsabilidades del Estado y luego de los profesionales, para poder tener una nomenclatura adecuada y que esta pueda ser incluida dentro de los derechos que el Estado resguarda. El término que puede abarcar mejor este gran todo es “violación de derechos reproductivos”, y dentro de ella establecer figuras de las diferentes dimensiones que puedan ser incluidas en la Constitución, dado el reconocimiento dentro del rubro de los Derechos Humanos del derecho a la protección de la salud y por consecuencia de los derechos reproductivos.

Las definiciones aún se encuentran en proceso de ser afinadas puesto que sigue siendo difuso el espectro que abarcan, sin embargo, se debe establecer justamente lo que se pretende definir, la violación a derechos reproductivos o la responsabilidad profesional. La primera como una responsabilidad del Estado al no garantizar el derecho a la protección de la salud convirtiendo a la mujer en una víctima. La segunda como condición para los profesionales que no se apegan a protocolos éticos, normativos y legales, pues esto último se encuentra ya sancionado en los diferentes reglamentos de la Ley de profesiones y no tendría sentido el incluirlo una vez más.

En tanto no se puntualice la definición y por tanto esta sea clara, no debería ser incluida en un código penal, por el riesgo de dejar fuera como ocurre en México a la figura del Estado como principal responsable de garantizar este derecho de las mujeres.

Todos los criterios propuestos desde los diferentes enfoques (normativo, legal, académico) son elementos que están incluidos como acciones para mejorar la atención materna desde el año 1985, publicados en *The Lancet* por la OMS, en el documento titulado "*Appropriate technology for birth*", obtenidos del Consenso de Fortaleza en Brasil, siendo puntos de buena práctica en la atención materna, que debían estar presentes en la atención perinatal (OMS 1985).

La inclusión de estas recomendaciones de la OMS debía darse de manera gradual y con sus diferentes adaptaciones correspondientes a cada país. Desde la propuesta inicial se especifica que las diferencias entre las diversas regiones impiden su aplicación inmediata y, por ende, deben adaptarse a estas situaciones especiales de los países, de manera que los gobiernos puedan determinar quiénes se encargaran de la puesta en marcha y evaluación. La participación de las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación de todos los países es un imperativo en la evaluación para tratar de evitar la atención obstétrica que privilegia la atención del parto tecnológico y favorecer el respeto por los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.

El incluir estas recomendaciones de buenas prácticas de la atención obstétrica finalmente llega con Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016 "para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida" (NOM007 2016). Sin embargo y a la inversa de la instrumentación de políticas públicas, en las que se monitorea, evalúa el impacto y posteriormente se agrega como política pública que forme parte de leyes, reglamentos, normativas o guías de práctica clínica, la inclusión en el código penal de la "*violencia obstétrica*" se llevó a cabo antes de la evaluación del impacto que esta puede generar en la atención obstétrica tanto en la perspectiva de las mujeres como de los profesionales de la salud.

El objeto de la inclusión de las recomendaciones de la OMS es que la maternidad sea respetada, que los derechos humanos en la atención del nacimiento prevalezcan y permitan una atención de calidad con profesionales de salud conscientes del papel que juegan. El ejercicio de derechos permitirá a la mujer tomar las decisiones en el nacimiento, haciendo uso de la información suficiente, adecuada y veraz proporcionada por los profesionales, des esta manera el resultado será satisfactorio, favoreciendo la autonomía de la persona y permitiendo el máximo de beneficios, pues lo contrario va en detrimento de la calidad de la atención sanitaria.

Finalmente y más allá de la inclusión en los reglamentos, normativas y leyes, el enfoque de derechos humanos en la atención materna puede resolver la inequidad en la atención materna, permitir la aplicación de políticas adecuadas y cumplimiento de programas de salud reproductiva que impacten en los indicadores reproductivos minimizando la carga de enfermedad para los sistemas de salud, acortando las brechas en la cobertura efectiva de la salud y el principal indicador de inequidad en la atención de las mujeres.

Bibliografía

- Ávalos-Capín, J. (2007). *Derechos reproductivos y sexuales. Suprema Corte de Justicia de la Nación*. México, Ciudad de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3568/38.pdf>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review". *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowser, D. y Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. Report of a Landscape Analysis. https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- CONAPO (2019). *Salud Sexual y Reproductiva. Datos y Recursos*. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., y Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), pp. 915–917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Freyermuth-Enciso, G. y Cárdenas-Elizalde, R. (2009). "Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada". *Salud Publica Mex*, 51, pp. 450-457
- Hernández-Bringas, H.H. y Narro-Robles, J. (2019). "Mortalidad infantil en México: logros y desafíos". *Papeles de población*, 25(101), pp. 17-49. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.101.22>
- Marques de Aguiar J. (2010): *Violencia Institucional em Maternidades publicas: hostilidades ao inves acolhimento como uma questao de genero*. Tesis Doctorado. Universidad de Sao Paulo, Brasil
- Miller, A. (1999). Human rights and sexuality: first steps towards articulating a rights framework for claim to sexual rights and freedoms. *American society of international law*, 93, pp. 288-303
- Naciones Unidas (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*
- Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016. *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México
- OMS (1985). "Appropriate technology for birth". *The Lancet*, pp. 436-437
- OMS (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración de la OMS. WHO/RHR/14.23. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- OMS (2016). *Mortalidad materna*. Nota descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ONU (2012). *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. mortalidad y morbilidad materna*. Oficina del alto comisionado de la ONU
- Pisanty-Alatorre, J. (2017). Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. *Salud Pública de México*, 59(6), pp. 639-649. <https://doi.org/10.21149/8788>
- Pozzio, M.R. (2016). "La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica". *Estudios Feministas*, Florianópolis, 24(1), 406
- Suarez-Bolívar, M. (2007). *Violencia Obstétrica. Memorias del Ministerio Público*. Escuela Nacional de Fiscales. 17 Sep. Gaceta Oficial 38770, Venezuela
- UNICEF (1996). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. En: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf