

Violencia obstétrica, derecho a la salud y género: un análisis teórico y conceptual

Silvia Solís Falcón¹

Héctor Augusto Mendoza Cárdenas²

Resumen

El presente ensayo analiza la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y una trasgresión de derechos humanos. Mujeres de diversos países han experimentado las manifestaciones de esta forma de violencia cuando acuden a solicitar atención obstétrica en las instituciones de salud, las cuales se han presentado durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es por ello que, este documento busca mostrar algunos datos importantes que giran en torno a este problema social y de salud pública. En ese sentido, la revisión teórica que aquí se presenta permitirá reflexionar sobre las políticas públicas y los mecanismos existentes que buscan disminuir este fenómeno. Además de que analizan las prácticas médicas que se encuentran atravesadas por las relaciones de poder y las concepciones de género, es decir, refleja las lógicas patriarcales que se presentan en la atención obstétrica, mismas que inciden en actos de violencia y violación de derechos.

Palabras clave: Género, salud, violencia.

Abstract

This essay analyzes obstetric violence as a form of gender violence and a violation of human rights. Women from different countries have experienced the manifestations of this form of violence when they go to request obstetric care in health institutions, which have occurred during pregnancy, childbirth and the puerperium. That is why this document seeks to show some important data that revolves around this social and public health problem. In this sense, the theoretical review presented here will allow us to reflect on public policies and existing mechanisms that seek to reduce this phenomenon. In addition to analyzing the medical practices that are crossed by power relations and gender conceptions, that is, it reflects the patriarchal logic that occurs in obstetric care, which affects acts of violence and violation of rights.

Keywords: Gender, health, violence.

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León. silviasolisfalcon36@gmail.com, San Nicolás de los Garza, N.L. México. <https://orcid.org/0000-0003-0241-2271>

² Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León. hector.mendozaacd@uanl.edu.mx, San Nicolás de los Garza, N.L. México. <https://orcid.org/0000-0001-6468-2766>

Introducción

A través de la historia, las mujeres han sido víctimas de diversas formas de violencia, estos maltratos han sido aceptados e inclusive naturalizados por la sociedad. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares que se aplica en México cada quinquenio arrojó en su versión 2021 que 70.1% de las mujeres mexicanas mayores de 15 años y más, han experimentado al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida tanto en el ámbito privado como en el público; los perpetradores han sido desconocidos, familiares, compañeros, amigos, vecinos o incluso el Estado; estas violencias las han sufrido en diversos ámbitos: en el hogar, la escuela, los parques, las calles y en las instalaciones de trabajo (ENDIREH, 2021).

No obstante, Castro y Erviti (2015), mencionan que existen nuevos espacios en donde recientemente se ha hecho visible la violencia que se ejerce en contra de las mujeres; estos autores afirman que las instituciones de salud pública son espacios en donde se han ido visibilizando los maltratos físicos, sexuales, psicológicos, discriminaciones y negligencias que padecen las mujeres durante la atención obstétrica a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto (puerperio). Así mismo, se ha hecho público la masificación de cesáreas y otros procedimientos médicos que se les realiza de forma coercitiva, sin consentimiento informado y que no tienen justificación médica.

Las prácticas violentas que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica, ya sea antes, durante o después del parto, le han denominado violencia obstétrica. Gruenberg (2016) afirma que esta forma de violencia que se lleva a cabo durante la atención de la salud reproductiva ha sido a lo largo del tiempo una de las más comunes y naturalizadas. Sin embargo, constituye una violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en ese sentido, la violencia obstétrica transgrede el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (GIRE, 2015). Este problema social y de salud pública se considera multicausal ya que son diversos factores que pueden influir para que se origine.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una declaración importante en la que menciona que resulta alarmante el gran número de mujeres en diversos países que han relatado diversas experiencias de violencia que han vivido dentro de las instituciones de salud, a lo largo del embarazo y particularmente en el parto; este mismo organismo indicó que las mujeres dentro de las instituciones de salud han sido violentadas mediante tratos irrespetuosos, ofensivos o negligentes. Dentro de estas prácticas violentas se han hecho evidentes los maltratos físicos, las humillaciones, los maltratos verbales, la esterilización

forzada, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, la falta de confidencialidad, el incumplimiento del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes a la privacidad, el rechazo y negación del servicio y la negligencia de las cuales han sido víctimas las mujeres que han acudido a las instituciones a solicitar servicio de salud (OMS, 2014).

La OMS afirma que existen grupos de mujeres más vulnerables y que tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia obstétrica, en ese sentido, pertenecer a un grupo étnico, ser inmigrantes, refugiadas, tener alguna enfermedad de transmisión, la edad o el hecho de acudir a solicitar atención médica por complicaciones de aborto, son algunas de las condiciones que aumentan la probabilidad de sufrir discriminación social, humillaciones o un trato irrespetuoso y ofensivo; sin embargo, esto no quiere decir, que las mujeres que no tienen estas condiciones estén exentas de sufrir violencia en tales espacios (OMS, 2014).

En el caso de México la ENDIREH (2021) reportó que de las mujeres de entre 15 a 49 años que tuvieron su parto en los últimos cinco años, 31.4% percibió algún tipo de maltrato obstétrico por parte de los profesionales de la salud. Esta encuesta arrojó que los maltratos más frecuentes fueron gritos y regaños, tiempo prolongado para brindarles atención médica, ignoraron las dudas o preguntas que realizaban sobre su parto y fueron presionadas para que se colocaran un dispositivo o para que aceptaran operarse para ya no tener hijos. Siendo las instituciones de salud pública los espacios en donde se presentaron mayores índices de maltrato en la atención obstétrica.

La violencia en contra de las mujeres dentro de las instituciones de salud es un problema social complejo y multicausal, dado que refleja “un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género”. Las causas de la violencia obstétrica pueden ser diversas, por un lado se encuentra la precariedad del sistema de salud; es decir, los médicos tienen largas jornadas laborales y existe poco personal que cubra los turnos, no existen las condiciones necesarias para que el servicio de salud sea de calidad; tales aspectos podrían generar mala calidad en el servicio y en la atención; también se añade “el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, esto aunado a la cultura médica hegemónica” (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2016, p.15).

Por ello, la violencia obstétrica debe ser analizada desde una perspectiva social; en palabras de Castro y Erviti (2015), desde su “génesis social”, por lo que es inaplazable explorar el problema, dado que esta forma de violencia se ha naturalizado e institucionalizado, además de que aún hace falta evidencia que permita definir, medir y comprender las prácticas de violencia que se originan en las instituciones de salud.

Ayala (2021) por su parte sostiene que la violencia obstétrica es un tema que requiere un análisis que aborde la discriminación estructural perpetrada contra la mujer, ya que esta forma de violencia es una de las más naturalizadas en las sociedades, sobre todo por el reduccionismo biológico con el que se visualiza el cuerpo de las mujeres y lo vincula a su condición de género y a su doble condición como madre y mujer. La violencia obstétrica es naturalizada tanto en el contexto de la atención médica, como en el imaginario colectivo, por lo que es parte de una violencia simbólica que pasa desapercibida.

Por lo anterior, el presente ensayo tiene como objetivo analizar la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que se da en el ámbito institucional, en donde las mujeres son víctimas de diversos tipos de violencias, además de que experimentan discriminación social. Por ello, con la finalidad de revisar este fenómeno desde diversas perspectivas, se presenta una revisión teórica sobre aspectos relevantes del marco legislativo internacional, regional, sobre el derecho a la salud y la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, puntualizando este análisis en el caso específico de México.

Seguidamente, se analiza la violencia obstétrica desde la perspectiva de género, esto con la finalidad de identificar y cuestionar la violencia, la discriminación y la desigualdad social que viven las mujeres que acuden a solicitar atención obstétrica en las instituciones de salud; finalmente, para concluir en este texto se muestran una serie de reflexiones que pretenden reconsiderar los retos y las limitaciones que giran en torno a este fenómeno social.

Derecho a la salud y violencia obstétrica: Análisis internacional y regional

La salud es un derecho humano, por lo que todos merecen tener acceso y gozar de los mejores estándares de calidad y atención médica, siendo el Estado el que debe garantizar este derecho universal (Endler, Al Haidari, Chowdhury, Christilaw, El Kak, Galimberti, Gutierrez, Ramirez- Negrin, Senanayake, Sohail, Temmerman, Danielsson, 2020). La Organización Mundial de la Salud (2017) señala que la salud es el goce del grado máximo de salud y que es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Así mismo, indica que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. Del mismo modo, advierte que las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, etnia u otra condición social.

Este mismo organismo sostiene que el derecho a la salud engloba libertades, pero también derechos; en el caso de las libertades se incluyen el derecho de que las personas controlen su salud y su cuerpo; mientras que este último se vincula con

el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a mujeres y hombres las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud. La OMS (2017) menciona que las políticas públicas y programas de salud pueden promover, pero también violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud.

La violencia obstétrica actualmente es considerada un problema de salud pública, dado que las diversas manifestaciones de esta forma de violencia trastocan el bienestar de las mujeres, transgreden el derecho a la salud y contribuyen a la mortalidad materna (Paniagua, 2013). Cabe referir que este fenómeno social se ha colocado en las agendas feministas, sin embargo, ha sido mayoritariamente ignorado por las políticas públicas, las instituciones y los profesionales de la salud; esto indica la necesidad de analizar más ampliamente este problema, es decir, no solamente desde un entramado cultural y social, sino también desde lo político (Sadler, Santos, Ruiz, Rojas, Skoko, Gillen y Clausen, 2016).

Existen diversos marcos normativos que buscan proteger y garantizar el derecho a la salud, así como eliminar las formas de discriminación y la violencia que se ejerce en contra de las mujeres en diversos espacios; estos lineamientos se configuran a nivel internacional y regional.

A *nivel internacional* se identifican marcos normativos importantes, los cuales señalan que la salud es un derecho para todas las personas, por lo que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el caso de la salud sexual y reproductiva la observación general número 22 establece que el derecho a la salud debe ser garantizado por los Estados, por lo que ni la violencia, ni las discriminaciones sociales deben transgredir el goce pleno del mismo, en ese sentido, se considera que el acceso a los servicios de salud es uno de los mecanismos para que las personas puedan gozar plenamente de este derecho.

Dentro de este contexto se observa que algunos marcos normativos como la Convención sobre los Derechos del Niño que estableció las Naciones Unidas en 1989, no solo vela por el derecho a la salud de las mujeres, sino también del hijo, esto es relevante, dado que autores como Orozco y Rocha (s/f) han mencionado que la violencia obstétrica que se lleva a cabo mediante la realización de procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos transgreden el derecho a la salud de las mujeres y de los hijos, además de que vulnera el derecho a la integridad física de ambos y los coloca en riesgo de tener complicaciones médicas e incluso la muerte.

Del mismo modo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, así como la Convención sobre los Derechos del Niño, señalan que el derecho

a la salud debe ser garantizado a las mujeres y a los niños, sin distinción ni discriminación social, estos mismos señalamientos se enmarcan en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la observación general número 22, así como en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Cabe referir que a nivel internacional la agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible una Oportunidad para América Latina y el Caribe establecidos por las Naciones Unidas en 2016, aborda la salud y el bienestar en el objetivo 3, en este se menciona que la salud es deber del Estado garantizar una vida sana, por lo que es fundamental promover el bienestar para todos y todas (Naciones Unidas, 2016). Es importante referir que este documento visualiza el derecho a la salud como un bien común, este mismo señalamiento coincide con lo expuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, ya que en este texto se menciona que este derecho es un bien social y humano, en ese sentido, se considera que la salud y el bienestar deben hacerse efectivos para toda la ciudadanía, por lo que el Estado debe adoptar mecanismos que aseguren la garantía de este derecho.

Como se puede observar existen marcos normativos que establecen que los Estados deben garantizar el derecho a la salud, además de establecer diversos mecanismos para eliminar la discriminación y la violencia en contra de las mujeres en todas las esferas, incluyendo la que ejerce en las instituciones de salud, espacios que como ya se dijo con anterioridad se han identificado como nuevos ámbitos donde las mujeres experimentan violencia y son objeto de discriminación social.

A pesar de que estas normas internacionales establecen que el derecho a la salud se debe garantizar sin que existan discriminaciones, ni violencias, en el caso de las mujeres embarazadas se puede observar que este derecho con frecuencia es vulnerado, ya que existen barreras que impiden que accedan a los servicios de salud, siendo la discriminación social una de las principales formas en las que se trasgrede este derecho, esta vulneración a menudo se lleva a cabo por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos, del mismo modo, la transgresión del derecho a la salud se agrava cuando se trata de mujeres indígenas, migrantes o refugiadas (Barbosa y Modena, 2018; Castro y Erviti, 2014; Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

En lo relativo al *contexto regional* se identificó que en el artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, se plantea que toda persona tiene derecho a la salud, en ese sentido, la asistencia médica se considera uno de los aspectos primordiales que deben ser garantizados a toda la comunidad (Organización de los Estados Americanos, 1948).

Por otra parte, en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, se estipula que la salud es un bien público, por lo que este derecho debe estar al alcance de todos y todas, es decir, los beneficios de los servicios de salud deben ser para todos los individuos, no obstante, puntualiza que se debe garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Organización de los Estados Americanos, 1988).

El señalamiento anterior es importante, dado que se menciona que el derecho a la salud debe ser garantizado a los grupos más vulnerables, no obstante, a menudo esto no se hace efectivo, dado que se ha hecho visible que las mujeres embarazadas que viven en contextos desfavorecidos sufren discriminación social por estigmas y prejuicios, además de que reciben un trato diferencial por aspectos de edad, salud, raza, etnia, color, condición social, estrato económico, estado civil, preferencia sexual, religión o nivel educativo (Barbosa y Modena, 2018; Castro y Erviti, 2014; OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Referente a la discriminación la Convención de Belém do Pará, establece que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia lo cual incluye ser libre de toda forma de discriminación y de prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Este marco normativo busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra las mujeres, desde esta visión la discriminación social se considera una forma de violencia en contra de la mujer.

Como se puede observar la Convención de Belém do Pará busca garantizar el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, este señalamiento es de relevancia considerando que la violencia obstétrica se origina en los establecimientos de salud, mismos que en su mayoría pertenecen a la salud pública. En ese sentido, se considera que los Estados parte están obligados a diseñar e implementar políticas públicas para atender este problema social, por lo que las autoridades, agentes y actores claves deben apearse a esta obligación.

Tanto en el contexto internacional como en el regional se enmarcan una serie de lineamientos jurídicos que refieren que los Estados parte deben garantizar el derecho a la salud, por lo que la atención debe de ser de calidad, priorizando sobre todo a los grupos más vulnerables como lo es el caso de las mujeres, sobre todo las que se ubican en entornos de pobreza y rezago social, ahora bien, estos marcos normativos globales se refieren a la salud como un bien común del que todos deben gozar, por lo que es el Estado el que debe velar porque este bien sea asequible para toda la ciudadanía. En ese sentido, ninguna institución ni ningún

agente estatal deberán transgredir este derecho. Sin embargo, se considera que la violencia obstétrica es una transgresión y violación del derecho a la salud de las mujeres y son las instituciones y los agentes (que a la postre son servidores públicos en su mayoría) los que infringen el derecho a la salud, por lo que estos marcos normativos se quedan solo en aspiraciones reglamentarias que, tal pareciera, no son aplicables a la realidad social.

El derecho a la salud en México

En México el derecho a la salud queda establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el artículo 4º, de esta carta magna, en el que se establece que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud. Derivado de este mandato constitucional surge la Ley General de Salud (LGS) la cual refiere que la protección del derecho a la salud debe generar un bienestar social e integral en la población, también señala que la atención de la salud debe ser eficaz, además de que deberá haber un conocimiento pleno de la población sobre la utilización de este bien común, sin embargo, en el caso de la violencia obstétrica estos aspectos solamente quedan en un discurso jurídico, ya que esta forma de violencia transgrede el bienestar de las mujeres, y es el reflejo de la ineficacia y falta de calidad en los servicios de salud, en ese sentido, se puede decir que la operatividad de esta ley no se refleja en la realidad de las mujeres mexicanas.

Por otra parte, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (2019) enfatiza la atención que debe haber cuando se trata de alguna complicación médica compleja y de carácter urgente, además señala que la atención médica especializada y los servicios deben ser bajo criterios de gratuidad o con costos de recuperación, sin embargo, estos señalamientos en la praxis de las instituciones de salud no se ven reflejadas, ya que existen casos de mujeres embarazadas que no han recibido a tiempo la atención de emergencias, ni atención especializada (Castro y Frías, 2020), además de que los criterios de gratuidad o de bajo costo a menudo se han relacionado con una mala calidad en el servicio y en la atención obstétrica, sobre todo en los casos de grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad (Contreras, 2018; Meléndez y Sánchez, 2019; Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015).

Del mismo modo, la Ley del Seguro Social (LSS) busca garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo (LSS, 2021), no obstante, no se puede dejar de mencionar que esta ley no es aplicable para toda la población, sino que solamente se enfoca a un sector de los habitantes, es decir, únicamente aplica para los ciudadanos que tienen algún trabajo de carácter formal, en ese sentido, y en el caso específico de las mujeres embarazadas que

laboran en trabajos informales o que carecen de uno, esta ley no tiene aplicabilidad y por lo tanto no las ampara.

Por su parte, los lineamientos que establece la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGIMH) son de relevancia, si bien no alude específicamente a la violencia obstétrica específicamente, si enmarca que las autoridades deben establecer los mecanismos para atender las necesidades de las mujeres en materia de salud, señala como prioridad garantizar el acceso a los servicios de salud, propone el abordaje de la salud desde una perspectiva de derechos humanos y alude la importancia de la erradicación de la violencia de género (LGIMH, 2021).

Sin embargo, todo indica que estos preceptos normativos quedan en un discurso jurídico ya que, según Cassiano, Santos, Santos, Holanda, Leite, Maranhão y Enders (2016) las mujeres que sufren violencia obstétrica están en una doble relación de poder, que las coloca en desventaja como pacientes y como personas del sexo femenino. Ante este panorama, Villanueva (2010) afirma que, aunque actualmente existen leyes que protegen el derecho a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, estos no garantizan las condiciones institucionales para que su operatividad sea efectiva.

En lo relativo al contexto nacional también se realizó una revisión del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, Estrategia Nacional en la que se propone como objetivo garantizar la salud y bienestar de los mexicanos, cabe señalar que en este documento se menciona que la administración que inició el 1 de diciembre de 2018 encontró un sistema de salud pública insuficiente, ineficiente, depauperado y corroído por la corrupción, en donde millones de personas no tenían acceso a ninguna de las instituciones o modalidades de ese sistema, por lo que refiere que uno de los problemas en torno a la salud era la cobertura, de igual manera, señala que en el sistema de salud había problemas por el estrechamiento presupuestal, lo cual propició que los pacientes de los hospitales del Estado tuvieran que llevar sus propios materiales de curación, además de verse obligados a esperar meses antes de ser sometidos a una intervención quirúrgica, esto debido a la saturación de los quirófanos por descomposturas o faltantes de equipo médico.

Según el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 la falta de cobertura se reflejó cuando algunos mexicanos y mexicanas ni siquiera lograron tener acceso a la atención médica porque no estaban afiliados a ninguna institución de seguridad social, desde esta visión el derecho a la salud le fue denegado parcial o totalmente, por lo que se puede decir que los grupos más vulnerables de la población mexicana se encontraban en total desprotección.

Algunas de las propuestas para garantizar el derecho a la salud que se manifestaron dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, refirieron que el gobierno federal realizaría las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México podrían recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, para ello se propuso la creación en 2019 del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual brindaría servicio en todo el territorio nacional a todas las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, sin embargo, el INSABI³ ha sido fuertemente criticado por el desabasto de medicamentos (Milenio, 16 de octubre del 2021).

Cueva (2014) por su parte señala que el sistema de salud en México puede ser reconocido por tres tipos de instituciones de salud: salud privada, el seguro social y la Secretaría de Salud. Una de las críticas planteadas sobre los servicios de salud pública ha sido la escasez de medicamentos esenciales para asegurar la salud materna, de manera particular ha preocupado la escasez de medicamentos para la hipertensión arterial que son fundamentales para los casos de preeclampsia en el embarazo, esta falta de medicamentos ha propiciado que las usuarias asuman el gasto. Además de la escasez de medicamentos se han criticado los largos tiempos de espera en el centro de salud, así como en las antesalas de emergencia. Otra crítica mencionada por varias de las mujeres ha sido la presión que ejercen los médicos para que elijan el método anticonceptivo que les será suministrado después del parto (Cueva, 2014, p. 234).

Lo anterior lleva a reflexionar que las aspiraciones políticas resultan no ser aplicables a la realidad de las y los mexicanos, ya que el 15 de abril del 2022 la cámara de diputados lanzó un comunicado en donde se aludía la mala operación del INSABI, la cual ha dejado sin atención a grupos vulnerables niños y niñas, adultos mayores, personas de escasos recursos y mujeres, también se aseguró que el sustituto del Seguro Popular, en ese periodo aun no contaba con los recursos, personal e infraestructura adecuada para hacer frente a las necesidades de salud de la población mexicana (Cámara de Diputados, 2022).

La creación del INSABI proponía que la atención se brindaría con calidad médica y trato no discriminatorio, digno, humano y con especial atención a grupos vulnerables, sin embargo, en el comunicado de la cámara de diputados se

³ El INSABI entró en funciones el 1 de enero de 2020, sin embargo, dos años después de su creación este instituto desapareció, la Cámara de Diputados de México aprobó su disipación, por lo que sus funciones fueron transferidas a Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), esta desaparición obedeció a que no se pudo con la tarea de llevar servicios de salud y medicamentos gratuitos a la población que no contaba con seguridad social, siendo el presupuesto uno de los temas principales para su extinción, ya que este no fue suficiente y no fue congruente con el objetivo que se tenía de cubrir la seguridad social de toda la población (Animal político, 08 de marzo de 2023).

señaló que en el 2018, 13.7% de la población rural no contaba con acceso a los servicios de salud, porcentaje que aumentó en 2020 a un 30.5% en las zonas rurales, por otra parte, en las zonas urbanas 17% de la población no contaba con estos servicios cifra que aumentó en 2020 a un 27.4%, la información presentada describe que la eliminación del Seguro Popular afectó en gran medida a las mujeres especialmente las de menores recursos, ya que ellas hacían uso de este servicio (Cámara de Diputados, 2022).

Cuevas (2014) señala que algunas mujeres embarazadas no inician de forma temprana su proceso de atención debido a la carencia económica, del mismo modo, la falta de dinero es la causa por la cual no pagan servicios médicos privados para el parto, las mujeres embarazadas usan los servicios médicos cuando la percepción del riesgo para su embarazo es emergente por infecciones, pero no acuden por revisiones de carácter preventivo, la falta de percepción de riesgo se asocia con una actitud de cierta negligencia para atender las consultas médicas o con una suerte de orgullo por identificarse con un tipo de mujer fuerte que se rehúsa a verse necesitada de apoyo médico por malestares menores. Estas actitudes se asocian con la resistencia de las mujeres por soportar largos tiempos de espera en los consultorios médicos públicos.

Como se puede ver el derecho a la salud no se ha podido garantizar a la población mexicana y son las personas más vulnerables las que han padecido las consecuencias, una vez más las mujeres se ubican dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad, a los cuales el Estado no ha garantizado el derecho a la salud, a la atención de calidad, el trato digno, sin violencia y con respeto a los derechos humanos.

Análisis de la violencia obstétrica desde la perspectiva de género

La violencia obstétrica se considera una forma de manifestación de violencia de género contra las mujeres, en la cual se presentan violaciones a los derechos humanos. A pesar de que existen distintos marcos normativos que manifiestan la importancia de garantizar el derecho a la salud y la eliminación de la violencia contra la mujer en cualquier ámbito, esto no se ha podido lograr, dado que en la actualidad se siguen haciendo visibles en las instituciones de salud diversas formas de violencias e inequidades de género que continúan afectando la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Belli, 2013, p. 30).

Venezuela, Argentina y México son países que han incorporado el concepto de violencia obstétrica a sus marcos jurídicos, esto ha evidenciado las prácticas obstétricas violentas que han experimentado mujeres del contexto latinoamericano, Bellon (2015) señala que en Latinoamérica se ha reportado con

mayor frecuencia medicalización y procedimientos sin justificación médica, abuso de autoridad y sexismo dentro de las instituciones médicas, es por ello que este fenómeno se ha considerado como una problemática en donde se manifiestan relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, las cuales son legitimadas y naturalizadas por el personal de salud e inclusive por las propias mujeres.

Por ello, es importante analizar la violencia obstétrica desde la perspectiva de género, dado que en las sociedades patriarcales se ha mantenido el control sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres, lo cual las ha colocado en una posición de subordinación en diversas esferas sociales. Bellon (2015) menciona que la obstetricia y la ginecología son una rama de la medicina que se relaciona directamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en ese sentido, el personal de salud pueden ser agentes para que se lleve a cabo el respeto a la autonomía y dignidad de las mujeres, pero también pueden ser agentes para que se realicen prácticas médicas violentas, se ejerza control sobre los cuerpos de las mujeres, se reproduzcan conductas y frases sexistas y misóginas, además de que se transgredan sus derechos humanos.

Desde esta concepción se considera que la violencia obstétrica es una violación de los derechos de las mujeres, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos, por lo que debe analizarse tomando en cuenta las concepciones de género que atraviesan la praxis médica (Barria y Rivera, 2016).

En una sociedad marcada por las desigualdades de género, las mujeres son consideradas como meras reproductoras biológicas, la paternidad y maternidad se han visualizado de manera diferenciada, de tal suerte que la maternidad se ha concebido como un proceso natural y que corresponde a lo doméstico y a lo reproductivo (Barria y Rivera, 2016). Del mismo modo, la vida sexual de la mujer ha sido objeto de control social, por lo que se ha concebido la idea de que cuando el placer y disfrute sexual son experimentados por las mujeres, estas tienen que pagar un alto precio, como tener un parto doloroso, recibir malos tratos durante el embarazo, parto o puerperio o en su caso experimentar conductas, prácticas y actitudes violentas, las cuales trastocan la salud física y emocional de las mujeres.

Almaguer, García y Vargas (2010) señalan que los discursos de género patriarcales dentro de las instituciones de salud se presentan mediante discriminaciones que realizan los profesionales de salud hacia las mujeres que acuden a solicitar servicio obstétrico, esto legitima las relaciones de poder entre los médicos y las usuarias y por lo tanto, se naturalizan una serie de maltratos obstétricos que transgreden sus derechos y las desvalorizan; además de que se reproduce un sistema de dominación.

Por su parte, Salgado y Díaz (2019) refieren que el discurso político de esa época promovió la idea de que las mujeres debían hacerse cargo de las conductas higiénicas dentro del hogar, con ello se fomentó el rol maternal. Según estos autores, los médicos adoptaron el papel de interlocutores de estas políticas, regulando y controlando el rol de las mujeres dentro del hogar, el proceso de embarazo y de crianza, es decir, de la maternidad. Por otra parte, la intervención médica fue vista como una de las principales formas de disminuir la muerte del producto durante el parto, esto contribuyó para a la medicalización del parto.

Salgado y Díaz (2019) manifiestan que surgió un nuevo paradigma de salud materna y quedó atrás el parto domiciliario. Por lo cual, se consideró un proceso de riesgo, razón por la cual debía ser intervenido mediante procedimientos quirúrgicos y en donde los profesionales de la salud asumirían la vigilancia del embarazo y adoptarían una conducta paternalista. Por otra parte, la mujer fue perdiendo autonomía dentro del proceso de maternidad y se convirtió en un sujeto pasivo que debía colaborar y acatar las indicaciones de los profesionales de la salud, esto acentuó las relaciones asimétricas entre el personal médico y las usuarias parturientas, el rol protagónico que anteriormente tenía la mujer durante el embarazo, fue reemplazado por la autoridad y el poder profesional.

Desde la visión de Barria y Rivera (2016) la medicalización del parto impactó la vida reproductiva de las mujeres, dado que cuando acudían a los hospitales, eran sometidas a sufrimientos, producto de las manipulaciones técnicas extrañas y desconocidas que fueron apareciendo. De igual manera, eran tratadas como objetos y no como sujetos, por lo que se puede decir que el poder médico se adjudicó el derecho de decidir la manera de cómo deben ser tratadas las mujeres parturientas. Para estos autores, la medicalización del parto propició que las instituciones de salud se convirtieran en espacios impregnados de ideologías y de significados patriarcales, en donde los profesionales de la salud han asumido su posición de poder. Siguiendo las ideas de estos autores se puede decir que se generó una asimetría entre los médicos y las mujeres parturientas, en donde se ha reflejado no sólo el poder que les otorga sus saberes, sino que también se hacen visibles sus prejuicios y creencias del cómo debe comportarse una mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Como se puede observar el proceso de la maternidad sufrió una transformación, las mujeres acudían a parir en los hospitales y eran asistidas por profesionales de la salud. Al Adib, Ibáñez, Casado y Santos (2017) señalan que la medicalización del parto propició que se perdiera el ideal de acompañamiento y protagonismo que tenían las mujeres al momento de parir. Es importante mencionar que actualmente, los profesionales de la salud no sólo intervienen en el parto, sino que también median el embarazo y la lactancia, estos autores sostienen que el

proceso de medicalización del parto sí logró disminuir la mortalidad materna-infantil, sin embargo, estos procesos se han excedido, por lo que es frecuente que los profesionales de la salud realicen una serie de intervenciones que la OMS ha señalado que son innecesarias, coercitivas y sin justificación médica.

La salud reproductiva de las mujeres está intervenida por el poder médico, según Villanueva (2010) el embarazo actualmente es visto como una enfermedad, por lo cual se requiere medicalización, el parto es considerado un “trámite quirúrgico” y adicionalmente en las instituciones de salud con frecuencia se manifiestan asimetrías y relaciones de poder que deterioran la ética y la calidad de la atención obstétrica.

El poder institucional que se ejerce en las salas obstétricas se deriva de las desigualdades sociales que colocan a las mujeres en un papel de subordinación y docilidad ante el dominio jerárquico de los médicos, la cual se manifiesta mediante violencia de género en contra de las mujeres. Así mismo, este autor refiere que el poder jerárquico se refleja a través de “regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento”, además señala que los cuerpos de las mujeres suelen ser utilizados como un recurso didáctico para los practicantes de medicina, en donde no se existe respeto a su dignidad humana, ya que el dolor durante el trabajo de parto se visualiza como un *castigo* (Villanueva, 2010, p.148).

En ese sentido, desde en el momento en que las mujeres ingresan a las salas de parto, quedan expuestas a discursos que llevan un mensaje patriarcal y de género, estos las instruyen a subordinarse ante las órdenes de los médicos, por lo que cualquier punto de vista puede considerarse una insubordinación, por lo mismo es frecuente que utilicen diversos discursos para afirmar su poder ante los pacientes (Villanueva, 2010).

Es pertinente mencionar que, en Argentina, el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) en 2001 establecieron un observatorio de salud, género y derechos humanos, el cual, recoge periódicamente testimonios de mujeres que han sufrido violencia obstétrica en hospitales públicos, los cuales son publicados en un informe denominado “con todo al aire”. El objetivo de la difusión es hacer visible este fenómeno e incidir en las políticas públicas y disminuir esta forma de violencia.

En este informe se plasman diversas narrativas de las mujeres argentinas que ponen de manifiesto los maltratos obstétricos que han recibido cuando solicitaron algún servicio obstétrico en los hospitales públicos. De igual manera, se muestran

relatos que apuntan la idea de que la mujer no tiene derecho al placer sexual, por lo que se vincula a la sexualidad con el castigo, en ese sentido, pareciera que aguantar y soportar el dolor durante el parto fuera el costo que debe pagar la mujer por haber experimentado placer: “*Si te gustó lo dulce ahora aguantá, aguantá nena*”; “*Si te gustó aguantátela*” (Informante Rosario, 2003 citado en INSGENAR, 2018, p. 52). Lo anterior permite observar que la sociedad aún se encuentra revestida de prejuicios que giran en torno a la sexualidad de la mujer (INSGENAR, 2018).

Este tipo de discursos humillantes también se manifiestan cuando las mujeres acuden a consultas ginecológicas de rutina:

Fui hacerme una colposcopia y el doctor me dice “sacate la ropa, qué ¿tenés vergüenza”, si para abrirte no tenías”. Me costó mucho volver a hacerme revisar otra vez. Después de unos años me fui al hospital y me ocurrió lo mismo. Creo que los doctores deberían tener un trato más cordial con las pacientes (Informante Resistencia 2008, citado en INSGENAR, 2018, p. 53).

En otros discursos del personal de salud están implícitas la discriminación y degradación que se ejerce en contra de las mujeres por aspectos de la edad y sexualidad:

Acompañé a una vecina ya mayor a la consulta ginecológica y escuché que el médico después de revisarla, le dijo a otros colegas y estudiantes: vengan a ver una especie en extinción, una mujer virgen. Mi vecina no regresó más al médico (Informante Resistencia, 2008, citado en INSGENAR, 2018, p. 42).

Orcotorio (2019) por su parte expone narrativas de mujeres que sufrieron violencia y discriminación por condición de edad: “*¡Tan mocosa y ya con hijo!*”, “*¡Tan vieja, se va morir tu bebé!*”, “*¡Tantos hijos tienes, deberías ligarte!*”.

Robles-Murillo (2018, p. 69) señala el caso de una mujer de Costa Rica, la cual era menor de edad al momento del alumbramiento, por lo que ella narró que la violencia obstétrica se agravó por el factor etario, en ese sentido, la discriminación por edad se convierte en un factor que predispone a las mujeres al incremento de la violencia.

El impacto de estos maltratos puede traer consecuencias en la salud sexual de las mujeres, dado que al sentirse denigradas deciden no regresar a realizarse consultas ginecológicas, en ese sentido, la detección de cáncer de mama y de

cáncer cervical son estudios que por falta de confianza hacia los médicos pudieran no realizarse de forma temprana.

Según Robles-Murillo (2018) la atención médica es más denigrante cuando se trata de mujeres migrantes, *“una enfermera me dijo que no me quejara y que me acostumbrara al sistema de salud de aquí [Costa Rica] y que si no me gustaba me podía devolver a Nicaragua”* (Entrevistada #3, citada en Robles-Murillo, 2018, p. 17), en ese sentido, este autor refiere que la xenofobia en el sector salud es un reflejo de la dificultad que se tiene para concebir a las personas como ciudadanos.

Ayala (2021, p. 20) señala que la mortalidad materna es una expresión evidente de inequidad, discriminación e injusticia social, entendiendo que la inequidad es un término que indica falta de igualdad, en el caso de las mujeres dicha inequidad se presenta de múltiples maneras, por falta de acceso a los recursos para la atención, lo cual aumenta las posibilidades de recurrir a prácticas menos ortodoxas y más insalubres, a esto se unen los estereotipos sobre las mujeres, la maternidad y los comportamientos asociados hacia ellas, por lo que ser mujer, ser negra, ser indígena, campesina o desplazada, refugiada o migrante no es lo mismo que ser caucásica, ciudadina o miembro activo de una comunidad reconocida socialmente.

Por otra parte, la utilización de diminutivos (infantilización) según el INSGENAR (2018:51) son los discursos más naturalizados, arraigados y utilizados por los profesionales de la salud, estos con frecuencia son empleados para referirse a las parturientas, sin embargo, estos ubican a las mujeres en una posición de minoridad: *“mamita”, “gordita”, “pórtate bien nena”*.

El castigo y el dolor en el parto pareciera se relaciona con la suposición de que la mujer no tiene derecho a disfrutar de su sexualidad. Para Salgado y Díaz (2019) esta concepción se relaciona con el pensamiento religioso del pecado original, en donde se implanta la idea de la culpa de la mujer, por lo que es castigada con el dolor que debe experimentar específicamente durante el parto *“parirás con dolor”*. Bajo el paradigma religioso a la mujer se le asignó una *“condición pecaminosa”* y de inferioridad frente al hombre; desde esta perspectiva, la menstruación, la gestación y la menopausia durante los siglos XVII y XIX fueron consideradas y tratadas dentro de las prácticas médicas de esa época como patologías de las mujeres, esto propició que se reforzaran los estereotipos de género y la desvalorización del cuerpo femenino.

A pesar de que existe un marco normativo que protege sus derechos sexuales y reproductivos aún existe una desvalorización del cuerpo de la mujer y el dolor en

⁴ Rechazo a los extranjeros.

el parto continúa viéndose como un castigo hacia las mujeres, el cual se recrudece en las salas de parto y más cuando los servicios de salud que deben brindar los médicos son por amenazas de aborto, en estos casos es frecuente que las mujeres reciban interrogatorios culpabilizantes: *¿Qué te hiciste?*; *¿Qué te pusiste?*”. Desde la perspectiva de las mujeres el castigo se convierte en tortura cuando es necesario la realización de un legrado: *“te hacen el raspaje en carne viva”* (Informante Villa Gobernador Gálvez, 2003, citado en INSGENAR, 2018, p. 55).

Para Salgado y Díaz (2019, p. 32) “el cuerpo femenino ha sido expropiado por la medicina”. Esto se complementa con lo que señala Villanueva (2010, p. 149) dado que para este autor los médicos se han apropiado del sufrimiento de la mujer en la labor de parto, por lo tanto, son ellos los que dictan cuando deben sentir dolor o cuando deben controlarse y no manifestarlo, además de que son comunes los señalamientos que manifiestan que la mujer tiene prohibido el placer sexual, por lo que, si disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse. Mediante estos discursos los médicos ordenan a las mujeres que “se callen o que dejen de quejarse, recordándoles que en otro momento seguramente experimentaron placer sexual y por lo que ahora deben vivir “las consecuencias”.

Como bien lo señala Castro (2014) este trato hacia las mujeres por parte de los profesionales de la medicina también se relaciona con el *habitus* médico autoritario, el cual tiene su génesis en la formación profesional de los médicos residentes y la forma en la que este grupo social concibe a las mujeres. Cassiano et al (2016) indican que las mujeres que sufren violencia obstétrica están en una doble relación de poder, que las coloca en desventaja como pacientes y como personas del sexo femenino, a esto se le puede sumar la discriminación de la que pueden ser víctimas ya sea por raza, condiciones económicas, por edad, etnia, entre otros.

Como se puede observar el análisis de la violencia obstétrica desde la perspectiva de género permitió visualizar las desigualdades que experimentan las mujeres en ámbito de la salud, además de que se pudo visibilizar las condiciones estructurales que refuerzan y legitiman la violencia a la que es sometida la mujer cuando acude a solicitar atención médica obstétrica, por lo anterior, se considera indispensable reflexionar sobre la importancia del diseño e implementación de políticas, protocolos y procedimientos que tengan como base la adopción de la perspectiva de género.

Reflexiones finales

La violencia obstétrica se entiende como una forma de violencia de género que se origina en el ámbito institucional, en donde las mujeres son víctimas de violencias y de una discriminación estructural. Las legislaciones internacionales, regionales y nacionales que se han creado para prevenir y eliminar la violencia en contra de las mujeres, no han garantizado una vida libre de violencia, en el contexto de la medicina obstétrica no se ha reflejado una atención humanizada y con respeto a los derechos humanos. Belli (2013) señala que para garantizar el derecho a la salud y a una vida libre de violencia se deben diseñar e implementar políticas públicas que incorporen la perspectiva de género y los derechos humanos.

Incháustegui (1999, p. 86) menciona que es indispensable institucionalizar la perspectiva de género en las políticas públicas, dado que esto servirá para hacer visible, contable y evaluable un conjunto de variables sociales y económicas referentes al mundo femenino, buena parte de ellas excluidas en el funcionamiento de las instituciones públicas y de los modelos de política, en ese sentido institucionalizar la perspectiva implica desarrollar un nuevo paradigma de política pública, que abarque el aspecto teórico-conceptual, metodológico y el operativo.

Además, la perspectiva de género aplicada a las políticas públicas permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, del mismo modo, marca la pauta para la implementación de las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores que propician la desigualdad de género, así como progresar en la construcción de la igualdad.

En el caso de México, según Pozzio (2016) las reivindicaciones y demandas de los movimientos y asociaciones de mujeres, feministas, indígenas y de derechos humanos, así como las acciones que se han realizado desde el ámbito académico y la política pública han propuesto mejorar la atención obstétrica, se ha hecho énfasis en acceder a un parto humanizado y en las comunidades indígenas se ha buscado recuperar los saberes de las parteras empíricas indígenas como agentes capacitados y articuladores entre la comunidad y los servicios de salud, estas acciones se han enfatizado en Chiapas, Guerrero y Oaxaca estados en donde se han originado más muertes maternas y donde las mujeres son más expuestas a sufrir violencia en la atención obstétrica.

En el contexto mexicano existen leyes para que estas violaciones en contra de las mujeres no sucedan, sin embargo, esto no se cumple, lo anterior ha contribuido para que el Estado mexicano diseñara mecanismos estatales para controlar e intervenir en la praxis médica que atenta contra un parto digno. Uno de los mecanismos establecidos es el modelo de parto humanizado, el cual fue creado

debido a la exigibilidad de las mujeres, es decir, a partir de las demandas de las mujeres mexicanas que exigían ser atendidas con respeto a los derechos humanos durante el embarazo, el parto y el puerperio, estas demandas contribuyeron para que el Estado creará un modelo humanizado en donde ellas fueran sujetos y no objetos del parto, García (2021) señala que en 2008 la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, perteneciente a la Secretaría de Salud en México, llevó a cabo la elaboración e implementación del “Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro”.

El modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural implica un cambio de paradigma en cuanto a la atención del embarazo, parto, puerperio y de la o el recién nacido, con ello se busca reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, este modelo busca combatir la sobremedicalización del parto, desarrollar estrategias que fomenten la aplicación del enfoque basado en evidencias científicas, dar difusión y llevar a la aplicación el modelo de nacimiento humanizado con enfoque intercultural en todo el país, cabe mencionar que el modelo de nacimiento humanizado abarca todo el proceso desde el embarazo hasta el puerperio tardío y busca disminuir la violencia en contra de las mujeres y se basa en el respeto de los derechos humanos (Almaguer et al, 2012).

Según García (2021) este modelo surge por la necesidad de mejorar la atención obstétrica de las mujeres en especial de las mujeres indígenas, pero también busca la incorporación y reconocimiento de la labor de las parteras tradicionales durante la atención del parto, así como seguir recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y tomar en cuenta aportes de prácticas que se utilizan en la partería tradicional y así agregarlos en la atención de los partos institucionalizados.

Sin embargo, Pozzio (2016, p. 102) señala que a pesar de que existen políticas públicas que han buscado garantizar los derechos de las mujeres y disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos, estas han fracasado, ya que continúa existiendo evidencia científica que pone de manifiesto la violencia obstétrica y las violaciones a los derechos reproductivos y sexuales que aún padecen las mujeres mexicanas en las instituciones de salud públicas.

Actualmente existen derechos y marcos normativos que protegen la salud reproductiva y sexual de las mujeres, sin embargo, esto no garantiza que la operatividad de las leyes que protegen dichos derechos sea efectiva. Salgado y Díaz (2019) afirman que la violencia obstétrica es un tipo de violencia que se incrusta dentro de la violencia institucional y constituye un problema vigente que

requiere atención e investigación.

En ese sentido, Lamas (1999) retomando la perspectiva de Bourdieu, sostiene que la liberación de las mujeres sólo se podrá realizar mediante una acción colectiva dirigida a una lucha simbólica, la cual sea capaz de desafiar las estructuras sociales que han naturalizado las violencias, en ese sentido, se requiere de una revolución simbólica que cuestione los propios fundamentos de la producción y reproducción de las desigualdades y las violencias de las que han sido objeto.

Esteban (2006) por su parte sugiere que se debe analizar adecuadamente las relaciones entre salud y género, además menciona que se deberían de implementar modelos multicausales para entender los padecimientos de manera diversificada y en donde se consideren diversos factores condicionantes como la clase social, etnia, edad, experiencia laboral, migración, formas de convivencia, sexualidad, etc. En resumen, se deben ir adoptando perspectivas que localicen perfectamente en cada contexto los síntomas y malestares, es decir, adoptar una antropología de la salud que estudie lo biológico y lo social.

Finalmente, se puede decir que la violencia obstétrica requiere un análisis crítico, el cual se contemple a este fenómeno como parte de una estructura de poder, en donde las dinámicas y perpetraciones no solo acontecen al interior de la sala de parto, sino que se prolongan a lo largo de la vida y en diversos espacios en donde se han naturalizado la violencia hacia las mujeres.

Referencias bibliográficas

Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M. y Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104

Almaguer, J.A., H.J. García y V. Vargas (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. En: Secretaría de Salud (2010). *Género y salud en cifras*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/revistacompleta-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembrediciembre-2010>

Animal político. (08 de marzo de 2023). Arranca plan B del gobierno para dar atención en salud a población sin seguridad social, tras fracaso del INSABI. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/salud/plan-b-salud-tras-fracaso-del-insabi>

Ayala, P. M. (2021). Violencia obstétrica reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2), 1-29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560269078007>

Barbosa, D.M. y C.M. Modena (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf

Barria, C. y Rivera, L. (2016). Salud y Género. Una mirada sobre la Violencia Obstétrica. *Revista diálogos*, Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas 5 (1), 97-103. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/159288545.pdf>

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013 ISSN 2077-9445. Recuperado de: <https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos/Belli%20L%20-%20La%20violencia%20obstetrica%20otra%20forma%20de%20violacion%20a%20los%20derechos%20humanos.pdf>

Bellon, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA* año 7 (2015), nº 18, 93-111 ISSN 1989-7022. Recuperado de: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>

Cámara de Diputados (2022). Mala operación del INSABI deja sin atención a grupos vulnerables. Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2022/Enero/08/1501-Mala-operacion-del-Insabi-deja-sin-atencion-a-grupos-vulnerables-senala-Marcela-Guerra>

Cassiano, A., M.G. Santos, F.A. Santos, C.S., Holanda, J.B. Leite, T.M. Maranhão y B. Enders (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 15(44), 452-464. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=es&tling=es

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001

Castro, R. y Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence against Women*, 26(6-7), 555-572. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Obstetric%20violence%20in%20Mexico.pdf>

Castro, R. y J. Erviti (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM. Recuperado de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crimunam/20170511032438/pdf_1464.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 13-04-2011. Recuperado de: http://conapra.salud.gob.mx/Normatividad/Leyes/Constitucixn_Polxtica_de_los_Estados_Unidos_Mexicanos.pdf

Cueva, T. (2014). La producción de la salud materna: entre la agencia femenina y condiciones de acceso limitado a los cuidados médicos. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/315494281_La_produccion_de_la_salud_materna_entre_la_agencia_femenina_y_condiciones_de_acceso_limitado_a_los_cuidados_medicos

Endler, M., Al Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., Gutierrez, M., Ramirez- Negrin, A., Senanayake, H., Sohail, R., Temmerman, M., Danielsson, K.G. (2020). Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *Int J Gynecol Obstet*, 149: 113-119. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13111>

Esteban, M.L. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva* 2(1): 9-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120102.pdf>

García, V. (2021). Violencia obstétrica y el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado, intercultural y seguro como política pública para erradicarla. Recuperado de: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/23345>

INEGI (2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf Página consultada el 18 de mayo de 2021

Incháustegui, T. (1999). La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas. Apuntes en torno a sus alcances y restricciones. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/884/88411129005.pdf>

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2018). *Con todo al aire II. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Recuperado de: https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con_todo_al_aire2.pdf

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). Los derechos reproductivos son derechos humanos. Recuperado de: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Libro%201.%20Los%20derechos%20reproductivos-DH.pdf>

Instituto Jalisciense de las Mujeres. (2008). *Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género*. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal04.pdf>

Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género, papeles de población, Vol. 5, número 21, julio-septiembre, 1999, pp.147-178. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf>

Ley del Seguro Social (2021). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 31-07-2021. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley General de Salud (2009). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 30-12-2009. Recuperado de: http://conapra.salud.gob.mx/Normatividad/Leyes/Ley_General_de_Salud.pdf

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2021). Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 21-10-2021. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>

Lorber (1994). *Paradoxes or gender*. New York: Yale Press University. Capítulo 1.

Milenio. (2021). El fracaso del INSABI. Recuperado de: <https://www.milenio.com/opinion/ricardo-raphael/politica-zoom/el-fracaso-del-insabi>

Naciones Unidas (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/227/protocolo-adicional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OEA (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Recuperado de: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>

Oliva, A. (2018). *Trabajo social y lucha de clases en Argentina: demandas colectivas, modalidades de intervención y origen de los servicios sociales*. Argentina: Ed. PUKA.

OMS (2017). *Salud y derechos humanos*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 New York. 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

ONU (1979)- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General en su resolución 34/180, New York. 18 de diciembre de 1979. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

ONU (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago. Mayo 2016. Recuperado de: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/planes-y-programas/Agenda-2030-y-los-ODS.pdf>

Orcotorio Quispe, Y. O. (2019). Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del Cusco. Recuperado de: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/2560>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). Conferencia General 33ª reunión París, 3-21 de octubre de 2005. Recuperado de: https://conacyt.mx/cibiogem/images/cibiogem/normatividad/estandares_dh/docs_estandares_dh/UNESCO_Declaracin_universal_sober_la_biotica_y_Iso_derechos_humanos_2005.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención* (2017) (en línea). *Salud y derechos humanos*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (12 de junio de 2019) Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf>

Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/ref/a/cBdk4QnLYGLXdWt9Hbbp7Fz/?lang=es&format=pdf>

Robles-Murillo, K. (2018). Violencia obstétrica: Una forma invisibilizada de la violencia contra las mujeres en Costa Rica. *Libro Violencia de género desde un abordaje interdisciplinar*, 67-80. Recuperado de: <https://libros.cecar.edu.co/index.php/CECAR/catalog/download/62/119/1721-1?inline=1>

Sadler, M, Santos., M. J.D.S, Ruiz, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and buse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27578338/>

Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y sociedad*. (29). 23-34. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6984034>

Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y sociedad*. (29). 23-34. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6984034>

Secretaría de Salud. (2010). Género y salud en cifras. *Revista completa Género y Salud en Cifras*. Vol. 8 N° 3 Septiembre - Diciembre 2010. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/revista-completa-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembre-diciembre-2010>

Villanueva, L.A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 2010; 15 (3): 147-151. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2010/con103e.pdf>

Zogbe, M. S. (2017). *Violencia obstétrica: el ultraje oculto del parto* (Bachelor's thesis). Recuperado de: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/13809>