



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

“¿CUÁNDO VAN A PARAR DE MALTRATARNOS POR
PARIR?”

VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UN ANÁLISIS DESDE
LA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
L I C E N C I A D A E N T R A B A J O S O C I A L

P R E S E N T A:

E L I Z A B E T H L O Z A N O C R U Z

DIRECTORA: MTRA. LILIA ZAVALA MEJÍA

PACHUCA, HIDALGO.

MAYO 2019

Dedicatoria

Con respeto, amor y admiración le dedico este trabajo a mi mamá María Cruz Nava por su gran apoyo, brindándome consejos para ser mejor persona cada día y decir es fácil, sí puedo y lo voy a lograr.

A mi papá †Oswaldo Lozano Santos por su entrega y exigencia para lograr mis metas, tú siempre tendrás un lugar en mi corazón.

A mi hermana Yesenia Deniss Lozano Cruz por su paciencia, comprensión y confianza en mí al ser ejemplo de perseverancia y dedicación académica.

A mi novio Lic. Víctor Daniel Salas Marín por admiración y confianza plena en mis conocimientos, impulsándome con amor a luchar por mis sueños, dándome su apoyo incondicional.

A mi directora de tesis Mtra.Lilia Zavala Mejía, quien cada día me demostró la entrega a su labor profesional, dándome consejos, instruyéndome en los saberes académicos y éticos con los que me debo conducir.

A mi abuelita quien siempre ha velado por mi bienestar, sin dejarme nunca sola.

A mis familiares y amigos:

Profe. Héctor Javier por animarme a lograr mis metas.

Diana Laura por su valiosa amistad y aportaciones precisas para adecuar este trabajo.

A mi orgullosamente casa de estudios a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, a mis profesores, compañeros y personal administrativo quienes me han dado las herramientas para adquirir los conocimientos necesarios y ser mejor.

Finalmente a cada mujer que contribuyó al relatarme sus experiencias de vida, quienes me motivaron a levantar la voz para pedir que las autoridades busquen alternativas de solución y no permitan más Violencia Obstétrica.

Índice.

	Páginas
Resumen	
Introducción	4
Capítulo 1	
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Antecedentes	11
1.3 Justificación	20
1.4 Pregunta de investigación.....	24
1.5 Objetivos	24
1.6 Metodología	25
Capítulo 2 “Mirando la Violencia Obstétrica a la luz de la Perspectiva de género”	
2.1 La salud como un derecho.....	28
2.2 Perspectiva de género y la teoría del biopoder.....	30
2.3 La Violencia Obstétrica como Violencia de género.....	40
2.3.1 Tipos de Violencia Obstétrica	43
2.3.4 Violencia institucional y simbólica	48
Capítulos 3 “Una realidad que pocos quieren escuchar	
3.1 La partería: una práctica desechada.....	55
3.2 Negligencia médica.....	57
3.3 Tipificación de la Violencia Obstétrica como delito	62
3.3.1 Violencia Obstétrica una situación en Hidalgo	73
Capítulo 4 “Experiencias y resistencias ante la Violencia Obstétrica”	
4.1 Características de las participantes	80
4.2 Violencia Verbal	83
4.3 Violencia Física.....	86
4.4 Violencia Psicológica	88
4.5 Violencia Obstétrica: Perspectiva de género y biopoder.....	89
4.6 Elegir la partería como una opción de atención del embarazo	94
Conclusiones	95
Fuentes de Investigación	99
Anexos	106

Resumen

En una sociedad patriarcal donde “parir”, significa dolor y sufrimiento físico así como moral y que estar embarazada representa una condición de “incapacidad” o “limitante”. Los principios de equidad y justicia brillan por su ausencia, por lo cual fue necesario abordar el significado de dar a luz en medio de “Violencia Obstétrica (V.O) una problemática que se ha naturalizado, sin embargo los casos siguen aumentando y que solo en los estados de Chiapas, Guanajuato y Veracruz se ha tipificado como un delito, este hecho denota la necesidad de analizar dicho fenómeno.

El objetivo general de la investigación fue analizar las experiencias de algunas mujeres víctimas de Violencia Obstétrica en el proceso del embarazo y parto desde la perspectiva de género, utilizando el enfoque cualitativo. Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas para recopilar la información a 16 mujeres, originarias del estado de México, Hidalgo y Distrito Federal, describiendo la atención hospitalaria recibida en el proceso del embarazo y parto en instituciones públicas y privadas; las cuales fueron analizadas desde la perspectiva de género, obteniendo como resultado que las prácticas tradicionales se basan en la desigualdad social que existe entre hombres y mujeres, visualizado en el lenguaje y los procesos médicos, donde las mujeres disfrazan el dolor o sufrimiento como un requisito para demostrar amor y la realidad es que se vulneran los derechos sexuales y reproductivos, al privarlas de la libertad en la toma de decisiones sobre su cuerpo.

Palabras clave

Embarazo, violencia, violencia obstétrica, naturalización, cesáreas innecesarias, derechos humanos, derechos reproductivos.

Introducción

La presente Investigación está centrada en la problemática de Violencia Obstétrica (V.O), a partir de un análisis desde la perspectiva de género, visualizado en sus distintas modalidades de la violencia ejercida por parte del área médica en los espacios públicos, es decir, el maltrato físico y psicológico en donde se incluyen los procedimientos médicos sin consentimiento, la negligencia durante el parto y el suministro de medicamento a las pacientes, sin tomar en cuenta que las mujeres tienen derecho a recibir una atención de calidad y calidez, protegiendo así el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo, parto, puerperio en defensa de los derechos humanos.

En el capítulo uno, se muestran las bases de la investigación en donde se explica el enfoque de dicho estudio y su origen, así como la descripción de la metodología utilizada y sus respectivos instrumentos.

En el capítulo segundo, titulado “Mirando la Violencia Obstétrica a la luz de la perspectiva de género”, se reflexiona la vinculación con el biopoder mencionando que los hospitales al ser instituciones disciplinarias, son quienes administran el poder es decir las mujeres permanecen sumisas al control del actuar del médico, a través de mecanismos sutiles en los procesos, teniendo un control los aspectos reproductivos y sexuales de las mujeres. Así también la relación con la Violencia institucional y Violencia simbólica como una propuesta para comprender este fenómeno.

En el capítulo tercero, “Una realidad que pocos quieren escuchar” muestra la salud como un derecho. Sin embargo, ante la existencia de Violencia se han generado consecuencias irreparables como la negligencia médica y que el Estado se ve obligado a buscar medidas normativas que regulen estas conductas por lo cual la V.O. en algunos estados de la República mexicana se ha tipificado como un delito.

En el capítulo cuatro “Experiencias y resistencias ante la V.O.” se analizaron los resultados y la interseccionalidad¹ entre las participantes abordando las vivencias de cada una de ellas, mostrando así el impacto de este fenómeno; en varias entrevistas describen que a causa de la V.O., ellas prefirieron guardar silencio por miedo a no ser atendidas, al mismo tiempo continuar sufriendo maltrato por parte del personal.

Por lo tanto fue analizada la violencia verbal, física, psicológica, la relación de V.O. con perspectiva de género, el biopoder y también la elección de la partería como una opción para la atención del embarazo con base en las vivencias de cada una de las participantes.

¹ ¹ *Interseccionalidad: Introducido por Kimberlé Williams Crenshaw, defensora de los derechos civiles, la usó por primera vez en 1989. Según esta teoría, los distintos motivos de discriminación que sufren las personas no actúan de forma separada, sino que cuando se cruzan o se superponen conforman una forma específica de discriminación. Un ejemplo: una mujer negra y pobre tiene índices de opresión social muchos más altos que un hombre negro y pobre (Sosa, 2017).*

Capítulo 1. El problema de investigación.

“El problema de la mujer siempre ha sido un problema de hombre”

Simone de Beauvoir

1.1 Planteamiento de investigación

La presente investigación está centrada en el tema de “Violencia Obstétrica”. Ha sido evidente el reconocimiento de este tipo de violencia como problemática social, así como las afectaciones que causa en las mujeres; sin embargo, los casos continúan siendo más notorios en los medios de comunicación tal es el caso de Irma de origen mazateco que parió en el patio de un hospital el 2 de octubre de 2013 en Oaxaca, (GIRE, Violencia Obstétrica, 2015)

Es responsabilidad del Estado, salvaguardar el bienestar de cada persona, teniendo la obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos de las mujeres, a pesar de ello, son pocos los estados de la república mexicana que han tomado medidas para erradicar este tipo de violencia.

Ante esta problemática reconocida pero poco analizada, resulta de gran relevancia una investigación respecto a este ámbito, considerando el caso en el estado de Hidalgo donde la demanda por parte de los usuarios para recibir el servicio del área médica, se ha visto afectado por la falta de instalaciones, predominando una deficiencia en el servicio, generando negligencia médica. Por ello que en el año 2012, se emitió una recomendación para el Hospital General de Tulancingo por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), donde se establecieron medidas para mejorar la labor en beneficio para todas las personas.

El tema de Violencia Obstétrica se ha investigado en países como Argentina (2009), Venezuela (2006), en el caso de México, legalmente en mayo de 2015, en tres códigos penales se consideró la Violencia Obstétrica como delito:

Guerrero, Chiapas y Veracruz; sin embargo, es un problema que desafortunadamente sigue presentándose, por lo que se hace necesario visibilizarlo, con el propósito de evitar este tipo de situaciones, logrando así que existan sanciones al ejercer este tipo de violencia hacia las mujeres, a fin de exigir justicia en la defensa de sus derechos.

En las prácticas rutinarias de los profesionales y personal de salud pública, son evidentes las transgresiones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en vista de ello se realiza el análisis de la naturalización de las prácticas rutinarias médicas; las características “machistas” de las intervenciones que históricamente se han dado en el sistema de salud, el desconocimiento y la falta de información de las pacientes, son factores influyentes en el nivel de concientización, cuestionamiento, modificación y mejoramiento de algunas prácticas.

Con relación al área médica, en donde sobreviene la violencia obstétrica, el primer contacto de las pacientes es con la/ el profesionalista en Trabajo Social, debe aplicar un estudio socioeconómico para evaluar el contexto social, familiar, y económico, lo cual le permite identificar sus problemáticas y necesidades, además es intermediario entre el médico y las pacientes, es decir, puede dar explicaciones de las diferentes opciones de tratamientos y/o procedimientos dentro de los cuales debe elegir, a fin de salvaguardar su salud, de no ser así, esto significaría una violación a sus derechos. Además integra redes de apoyo entre las pacientes y sus familiares, con el propósito de llevar el acompañamiento, proporcionar los cuidados necesarios durante la hospitalización, también realiza canalizaciones en casos específicos de detección de violencia, emergencias, situaciones judiciales, por ejemplo, en el caso de Hidalgo al detectar circunstancias de violencia contra las mujeres, dentro del área hospitalaria debe dar parte en primera instancia al ministerio público, para dar seguimiento al caso.

De igual forma dentro del área médica, la intervención en la que debe incidir Trabajo Social es con base a la investigación de índole social, permitiéndole

visualizar a las personas de forma integral. También es importante bríndales la información correspondiente para reconocer los tratos deshumanizados al recibir la atención por parte del área médica, registrando así la existencia de violencia obstétrica.

Esta problemática afecta a mujeres en edad reproductiva, lo que significa que del total de la población en México, 48.7 millones son mujeres de 12 y más años, de ese total, 32.7 millones son mamás, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015). No obstante, esta situación se ha visto y tratado de una manera normal, es decir, naturalizada ocasionando una demanda más allá de la que pueden dar respuesta las instancias médicas a partir del primer nivel de atención, lo que se refleja en la escasa información sobre las diferentes opciones de atención que pueden recibir hombres y mujeres, la insuficiencia en los suministros de instrumental y medicamentos, resaltando una atención médica sistematizada, donde los valores éticos y morales son puestos en juego la transgresión de los derechos humanos y el respeto en la toma de decisiones de cada persona, donde las mujeres son las que se ven más afectadas, experimentando circunstancias de violencia de género.

Estas observaciones se abordará desde la perspectiva de género, ya que estos escenarios atentan contra los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, como menciona la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su comunicado de prensa al decir: “en nuestro país los sucesos sobre ese tipo de violencia son una constante en la atención que se proporciona en las instancias de salud pública y privada a las mujeres en edad reproductiva” (CNDH, 2016, pág. 11). Este hecho resulta contrario a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece el “derecho a la libertad y autonomía reproductiva”, aunado a esta tipología de la violencia se ve relacionado con la mortalidad materna representada así una injusticia social.

Cabe mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la mortalidad materna como la causa de defunción de las mujeres durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo,

debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Es importante mencionar el artículo 16, numeral 1, inciso E, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en el año de 1981, donde establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad “Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”, considerando esta premisa en el sistema de salud mexicano se han creado algunos proyectos en el ámbito de la sexualidad que pretenden promover y crear conciencia sobre el uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar; sin embargo, el impacto que se pretendía generar en un inicio no ha sido el esperado.

Subrayando la fecha en la que se estableció el artículo mencionado, esta convención fue adoptada y abierta con base a la Carta de las Naciones Unidas, en el año de 1979, entrando en vigor en el año de 1981, donde desde un principio reafirmó la plena creencia y convicción en los derechos humanos fundamentales, es decir, en la dignidad y el valor de la persona humana así como la igualdad de derechos de hombres y mujeres, tomando en cuenta la Declaración Universal de Derechos Humanos, que ratifica el principio de la no discriminación; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, está regida por tres principios básicos: igualdad, no discriminación y responsabilidad, los cuales conllevan el diseño, ejecución y la evaluación de políticas públicas que permitan la participación de las mujeres en todas las esferas con igualdad de condiciones. En la década de los ochenta, México forma parte de los primeros países en firmar la Convención, con lo cual se comprometió a realizar acciones encaminadas a un desarrollo integral y pleno del país. Por lo que resulta conveniente saber sobre los compromisos que decidió tomar el país.

Ahora bien, la Violencia Obstétrica está dividida en dos modalidades física y psicológica, en México esta problemática fue reconocida hasta el año 2009, en los

estados de Chiapas, Guanajuato y Veracruz, en el caso particular del último estado, debe subrayarse que se han tomado medidas penales para tipificar el delito de Violencia Obstétrica pero los 28 estados restantes a pesar de las afectaciones en los espacios de salud, no se ha delimitado una solución para contrarrestar el actuar del personal de salud.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Hidalgo establece en el artículo 5 los tipos de violencia contra las mujeres definiendo a la “Violencia Obstétrica” como la “toda acción u omisión ejercida por el sistema de salud público o privado o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos” (LAMVLVEH, 2018). Una pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Por otra parte, la Ley Orgánica sobre el Derecho hacia las Mujeres a una Vida Libre de Violencia explica que durante el proceso de embarazo la atención por parte del área médica en donde son alterados los procesos reproductivos de las mujeres con el abuso y la patologización en el proceso natural, generando así pérdida de autonomía y no permitirles la capacidad para decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad teniendo repercusiones en su calidad de vida y por lo tanto haciendo caso omiso a los derechos humanos de las mujeres.

1.2 Antecedentes del estudio

La V.O. especifica la violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres embarazadas y se expresa con el trato deshumanizador, abuso de la medicación y la patologización de los procesos naturales donde las mujeres pierden la capacidad de decidir libremente. Esta problemática se analiza a partir de un entramado multifactorial donde se vincula la Violencia institucional y V.O. a lo largo de la última década se ha confirmado a través de las investigaciones que las mujeres han sufrido V.O. y que para el caso de México es un tema de relevancia social, como se muestra en el cuadro 1 “Los principales resultados de las investigaciones sobre Violencia Obstétrica”

Cuadro 1
PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Título de la investigación	Área Año Universidad Autor	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Experiencias de Violencia Gineco-Obstétrica desde la voz de las mujeres. Una aproximación fenomenológica	Licenciatura en Psicología. 2018 Universidad Nacional Autónoma de México. Aldo Iván Orozco Galván	en Investigación empírica de corte cualitativo, fenomenología y comprensiva. Realizó en 3 etapas 1.- Formularios Google 2.- Dos preguntas para indagar (experiencia, formas de violencia) 3.-Cuestionario	Aplicado a 71 mujeres 1.-Características de las participantes -Sobre las experiencias subjetivas del parto 1.1.-Emociones: miedo, Vulnerabilidad y estrés 1.2.-Sobre las violencias por las mujeres 1.3 Violencias evidentes Violencia psicológica y física Refiere que “la mayoría de ellas no reacciona ante las agresiones pero infundida por el miedo que su reacción pudiera provocar el no ser atendidas”	Se debe conocer la Violencia Gineco-Obstétrica desde la perspectiva de las mujeres que lo viven y conocer las consecuencias que tienen estos actos y que menciona “declaro que el problema que estamos frente a un problema inmenso y sin embargo, casi invisible” y que también hace mención que “el problema requeriría un cambio más radical, por ejemplo sacar (sic) la atención de los partos de los hospitales, en donde se ha visto como una enfermedad y retomar los modelos de atención de la partería que han sido relegada y despreciada” (Orozco, 2018)

Continúa.

Título de la investigación	Área Año Universidad Autor	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Percepción de Violencia Obstétrica en el Puerperio Inmediato	Especialidad en Ginecología y Obstetricia 2017 Universidad Nacional autónoma de México Dr. Miguel Ángel Estrada Maldonado	Tipo de investigación: en Clínica Tipo de estudio: Según su investigación: Observacional, descriptiva, longitudinal, y trasversal	Durante el periodo de estudio se atendieron 1139 eventos obstétricos partos, cesáreas y abortos, se incluyó en el estudio una muestra de 300 pacientes, encontrando inicialmente que sólo 31 pacientes (10%) manifestaron haber sido víctimas de Violencia Obstétrica; sin embargo, al efectuar el cuestionario 141 pacientes más se reportaron con un acto tipificado como violentador por lo que en cifras globales el 57% (172 pacientes). De tipo psicológica un 69% (120 mujeres), Violencia física 30.2% (52 pacientes) en una edad media de pacientes de 27 años.	Existe una elevada percepción de Violencia Obstétrica en la UMAE y Obstetricia No.4 más de la mitad de pacientes reportan V.O. en la que se encuentran por la falta de información sobre el diagnóstico, manejo, riesgos y beneficios, uso de comentarios irónicos. Se encuentra una relación directamente proporcional entre el conocimiento de V.O y la denuncia de la misma ya que el 75% de las encuestas se negaron a conocer a que se refería el concepto.

Continúa.

Título de la investigación	Área Año Universidad Autor	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Evaluación de la Violencia Obstétrica en el puerperio inmediato post parto	Especialidad ginecología y obstetricia Universidad Nacional de México 2017 Dra. Montserrat Salmonte Esquivel	Estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio de corte trasversal por medio de una serie de cuestionarios que se realizaron a las pacientes al término de su atención médica sobre aspectos relacionados con la V.O	Se aplicaron 1000 cuestionarios para evaluar la V.O de acuerdo con los criterios de selección. La edad predominante es de 20-35 años, con escolaridad mínima. La principal causa identificada por las pacientes como V.O es inherente al funcionamiento del servicio clínico. La percepción de la V.O de acuerdo con la evaluación individual 30%. Actos: no permitir la compañía de un familiar, la realización de la	Existe una percepción de falta de sensibilidad del personal de salud durante el evento obstétrico, la paciente demanda el respeto a los derechos de igualdad, no discriminación y falta promover la atención humanística (Estrada, 2017). La deshumanización de la medicina en la atención del parto constituye uno de los males modernos que impacta de manera creciente la buena práctica médica. Las sociedades modernas han favorecido en aras de la sistematización de los procesos de atención médica el aspecto inherente al ser humano (Salmonte, 2017). <i>Continúa.</i>

episiotomía, tactos vaginales.

Violencia obstétrica estudio de caso Altotonga Veracruz	A.	Licenciatura en enfermería Universidad Veracruzana 2014 Adriana Castro Peralta	en	Cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. Mujeres del hospital de Altotonga 40 pacientes.	Del cien por ciento de las entrevistadas el 92.7% respondieron que no se le negó la atención médica en el área de urgencia, con escolaridad de primaria, el grupo de edad de 13 a 17 años, un nivel socioeconómico medio; un 53% del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondieron que el trato que recibió por parte del personal de salud, sin recibir información de la evolución de su embarazo (Castro A. , 2014).	Durante la realización de análisis de resultados se encontró que la causa que determina la V.O fueron los tratos inadecuados por parte del ginecológico que las hicieron sentirse humillada en la sala de labor y el desconocimiento de la información. Es necesario que la enfermera especialista como parte del personal de salud y difunda que es la V.O. la ley que rige.
--	-----------	---	----	--	---	--

Continúa.

Título de la investigación	Área Año Universidad Autor	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
Tipos de violencia en la mujer embarazada, no embarazada y dinámica conyugal	Especialidad en medicina familiar Universidad Veracruzana 2011 Dr. Fernando Mata Castillo	Observacional, transversal y prolectivo Unidad medicina familiar a pacientes embrazadas derechohabientes del IMSS con violencia de pareja de la UMF que acuden a consulta externa en el periodo de estudio. 272 pacientes	Los resultado muestran que una frecuencia mayor de violencia en el embarazo, comparada con la Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres 2003 (25%) al nivel nacional (Mata, 2011). Las mujeres realizan algún tipo de actividad remunerada. Violencia psicológica 18.14% Violencia física 19.48% Violencia económica 15.8% Violencia sexual 7.35%	Sensibilizar a la población de mujeres a través de información que muestre la existencia del problema para poder lograr que se identifiquen ante una situación tal que se les permita denunciar o buscar ayuda en el equipo de salud. Orientar al equipo de salud para el conocimiento sobre la NOM-190-SSAI-1999 sobre la atención de la violencia, con objeto de reforzar el conconiendo de las acciones que deben desencadenarse una vez identificado un caso de Violencia familiar.

Fuentes. Elaboración propia con base en la información obtenida: Orozco (2018), Estrada (2017), Salmonte (2017), Castro A (2014), Mata (2011).

Considerando los estudios de diferentes disciplinas, permiten explicar que esta problemática se comenzó a visualizar en el año de 1960, donde existió un notable activismo como lo es el Movimiento de Liberación de las Mujeres en Estados Unidos enfocado a superar los obstáculos de la desigualdad en el ámbito de la familia, el trabajo, el derecho el aborto y la sexualidad por lo que se lograron grandes avances en la década de 1980 en el área de la salud reproductiva (Burt, 1978) y de los más destacados son las Convenciones Internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SRHR) en las que se establece la salud reproductiva como un aspecto esencial para el bienestar humano y la consecución de la igualdad de género, pero sobre todo, podemos destacar las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* (Declaration of Fortaleza: appropriate technology for, 1985) publicada en la OMS en 1985.

Así inició al estudio sobre la temática con base a las declaraciones de las pacientes atendidas en hospitales públicos, la información obtenida surgió a partir las consultas ginecológicas u obstétricas a las que asistían las mujeres y en las que habían sido víctimas de:

- Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.
- Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones. A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.

De las declaraciones del Reporte DDHH; Rosario 2003, en muchas ocasiones surgen frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas” “te tengo que hacer cesárea”, sin que estas locuciones vayan acompañadas de ninguna información adecuada.

- Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación la víctima se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de ésta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas, maltratadas e incluso encarceladas.

También el área de Trabajo Social, se han realizado investigaciones sobre este tema, uno de ellos es de la autora Paula Quevedo, trabajo que tituló “Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de Género”, quien se planteó como objetivo: conocer los factores que intervienen en este tipo de violencia, las formas de manifestarse, las personas que la ejercen y el nivel de conocimientos de los/las profesionales y pacientes en relación con la temática de estudio”. Dentro de su investigación reconoció que Trabajo Social debe tomar más en serio esta problemática ya que hace falta la capacitación para identificar y saber intervenir de forma oportuna, además de recomendar al Estado reglamentar en más lugares la tipificación de este tipo de violencia además de lograr su cumplimiento (Quevedo, 2012).

En México también se han realizado investigaciones sobre este tema, muestra de ello es el artículo realizado por Roberto Castro y Erviti Joaquina, dentro del área médica, para la revista de Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ambos autores pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM), en el año 2014, realizaron un artículo con relación al tema de violencia obstétrica, el cual forma parte de un compendio de las investigaciones que han realizado a lo largo de 25 años, en el que reconocen la calidad de atención que reciben las pacientes durante consultas hospitalarias y procedimientos médicos en el parto o puerperio, además de la violación en sus derechos reproductivos, este artículo lo titularon: “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, en el que expresan lo siguiente:

“el principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente [...] ante las quejas el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud de calidad de la atención” (Castro & Erviti, 2014, págs. 37-42).

Se debe agregar que parte de las publicaciones más importantes en México, con relación a la investigación y promoción en la defensa en violencia obstétrica, así como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, son las que ha realizado desde el año de 1992, la Organización civil “Grupo de Reproducción Elegida” (GIRE), fundada por la visión y liderazgo de Marta Lamas, uniéndose a esta idea Lucero González, María Consuelo Mejía, Patricia Mercado y Sara Sefchovich logrando que a través de sus investigaciones y seguimiento de casos en mujeres que han sido transgredidas en sus derechos, se haya conseguido su defensa, aunado a ello han podido incursionar iniciativas de ley en la defensa de rubros como la anticoncepción, aborto legal, muerte materna y violencia obstétrica, teniendo en cuenta que hoy por hoy es posible encontrar este último tema, en algunas legislaciones como lo es la tipificación.

1.3 Justificación del estudio

La salud sexual y reproductiva ocupa un lugar predominante desde finales del siglo XX, en la agenda de desarrollo internacional, en consecuencia, constituye una prioridad para los sistemas nacionales de salud, ya que se relaciona de manera transversal con dos ejes de los derechos humanos: el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (CEAV, 2016).

Asimismo, los derechos sexuales previstos en la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), incluyen los derechos de las personas a tener el control de su sexualidad y a decidir libre y responsablemente, sobre esto, sin discriminación, ni violencia, además de tener el derecho de disponer de la información y los medios para ello, en este sentido los derechos reproductivos abarcan principios de “autodeterminación y atención a la salud reproductiva”, constituyendo una serie de iniciativas a nivel mundial orientados a mejorar la salud de las mujeres, tal como han sido parte de metas y objetivos, ya que en el año 2000 fue parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, es decir, el objetivo 5 “Mejorar la salud materna”, mientras que Septiembre de 2015 en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros de la ONU, dieron sus aprobación para la Agenda 2030 para Desarrollo Sostenible, constituyendo un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático, los cuales son dignos de encomio, no obstante el que se retoma para este estudio es “luchar contra la desigualdad y la injusticia”, el cual va de la mano con el objetivo 5, es decir, “lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, lo que significa tener como metas:

“Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado [...] asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos [...]; dichas palabras reflejan el compromiso con las mujeres para garantizar una vida libre de

violencia, encaminado a un futuro de bienestar no solo de nivel personal, sino que este debe ser social” (ONU, 2016, págs. 17-18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados con respeto a su salud. Incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante su embarazo, parto o puerperio, no obstante, es común escuchar relatos de mujeres que han vivido experiencias donde redundan tratos irrespetuosos, ofensivos y negligentes durante el embarazo. Es por ello que esta investigación se enfoca en el estudio de la violencia obstétrica ya que es evidente el aumento de este fenómeno, si bien es cierto, se entiende que la Violencia Obstétrica es “una forma específica de violencia contra las mujeres que se genera en el ámbito de la atención del parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados y es producto de un entramado multifactorial entre violencia institucional y la violencia de género” (GIRE, 2015, pág. 12), situaciones que chocan entre una realidad que se basa en la creación de leyes, políticas públicas y conferencias internacionales en las que ha pretendido defender los derechos de las mujeres, mientras que la otra realidad es una constante de vulneración y negociación de dichos derechos humanos, ya que en México sigue existiendo discriminación por razones de sexo, brechas donde las formas de violencia dirigidas explícitamente hacia las mujeres niegan sus derechos, poniendo en peligro sus vidas de manera frecuente, obligándolas a pasar por tratos inhumanos.

Por lo que se retoman las palabras de la filósofa mexicana feminista, especializada en ética, Graciela Hierro (2016), al expresar que:

“todo ser humano desea tener derechos cuya importancia aparece cuando los pierde. Por ejemplo, la cárcel es un estado de limitación de derechos que impide a quien está dentro sentirse dueño de sí mismo, [...] los derechos exigen validez e igualdad ante la ley, son una búsqueda constante por el cambio de las condiciones temporales. Ahí finca el ser humano su autoestima. La pérdida de derecho se considera un retroceso, una indignidad. La posesión de derechos es la condición necesaria, no suficiente, para alcanzar la felicidad y la justicia, dos proyectos morales. Por ello el avance moral de una sociedad se mide por el reconocimiento de los derechos de sus integrantes. Se habla del derecho a la vida, a la libertad, a la búsqueda de la felicidad y a la propiedad” (págs. 104-108).

Dichas palabras evidencian la necesidad de abordar este tema, ya que existen reportes en Derechos Humanos que acusan sobre la atención en materia de salud reproductiva que brindan los hospitales públicos, denotando violencia verbal, por parte del personal médico al emitir comentarios humillantes e insultos hacia las mujeres durante el proceso de parto, además se hace referencia a una existencia continua de maltratos que van desde la falta de respeto a la dignidad de las mujeres, degradándolas por medio de tratos deshumanizados, tales como prácticas innecesarias de legrados o de procedimientos sin anestesia, dejando marcas físicas, así como emocionales en las mujeres víctimas de dicho acontecimiento, siendo la población adolescente uno de los grupos más vulnerables.

No obstante, la salud reproductiva va más allá de los cuidados que aspiren evitar trastornos de salud o condiciones sociales que permitan o impidan las condiciones para su acceso, el punto central consiste en la desigualdad de género y la ideología que la sustenta, requiere un compromiso profundo de investigación con respecto a la noción que las mujeres tienen sobre la ciudadanía, al momento de tomar decisiones sobre su salud reproductiva, además de los profesionales en la salud que dan atención a las mujeres embarazadas. Este concepto se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada persona el orden normativo vigente. Al mismo tiempo ciudadanía reproductiva denota “la capacidad de apropiarse, ejercer y defender sus derechos, en relación de materia sexual y reproductiva; lo que incluye la capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud” (Castro & Erviti, 2014, pág. 39).

El conocimiento de esta naturaleza, permite enfocar el problema, ya que cada día es más evidente la implementación de programas sobre producción nacional, mientras que la atención en materia de necesidades de desarrollo humano, la defensa de los derechos humanos, así como de los derechos reproductivos, se han dejado a un lado, lo que reside en una vital necesidad de hacer más en materia de investigación y actuación real con relación a esta problemática, donde sea posible proponer nuevas y mejores alternativas para el seguimiento en la evolución de los embarazos, la atención del parto, y las enfermedades que puedan

desarrollarse después de este, proporcionando un progreso en la calidad de atención a la salud, dejando a un lado la insuficiente eficacia en la aplicación de las políticas públicas, donde la discriminación, así como la falta de información, han sido características de la misma, ocasionando enfermedades que afectan a las mujeres o en casos extremos pero nada alejados de la realidad muertes maternas.

Por esta razón la propuesta de investigación resulta factible, pues no constituye una compilación de información, más bien pretende generar una sensibilización en la implementación y/o revisión en las políticas públicas sobre materia de salud y derechos humanos, con el propósito de generar sensibilización y poco a poco una concientización, encaminada a la responsabilidad y compromiso por el bienestar de las mujeres embarazadas, ya que la procreación no debe ser una causa de discriminación, sino una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, y al mismo tiempo con la sociedad.

1.4 Pregunta de Investigación

La pregunta clara y precisa que se buscó responder con este trabajo de investigación, así como también guiar dicho estudio fue:

¿En qué circunstancias se presenta la Violencia Obstétrica vista desde la perspectiva de género?

1.5 Objetivos de la investigación

Los objetivos que se formularon en esta investigación fueron:

Objetivos generales

Analizar las experiencias de algunas mujeres víctimas de Violencia Obstétrica en el proceso del embarazo y parto desde la perspectiva de género.

Objetivos específicos

- 1.- Interpretar las experiencias vividas de Violencia Obstétrica durante el proceso de embarazo y parto.
- 2.- Referir las acciones de Violencia Obstétrica analizadas desde la perspectiva de género.

1.6 Metodología

En este apartado se explica el tipo de investigación, el nivel de investigación y el diseño de investigación que se trabajó para este estudio.

Tipo investigación

La metodología de investigación que dirigió este estudio es de tipo cualitativo, con el fin de alcanzar los objetivos planteados, se tuvo un acercamiento a la realidad para conocer el significado que cada persona percibe sobre la violencia

Para esta investigación se utilizó una metodología que buscó desarrollar de manera clara la interseccionalidad entre las participantes, por lo tanto se optó por la metodología cualitativa que conduce a la investigadora entender y analizar las vivencias de V.O. en el proceso del embarazo y parto desde el enfoque de género.

A su vez “la fase metodología cualitativa se requiere en su más amplio sentido a una investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor, 1992).

Las características de investigación cualitativa que plantea Bogdan y Biklen (1982) son:

- 1.- La investigación cualitativa tiene el ajuste natura, como recurso directo para los datos y el investigador es el instrumento principal.
- 2.- La investigación cualitativa es descriptiva.
- 3.- Los investigadores cualitativos se refieren al proceso, más bien que simplemente a resultados.
- 4.- Los investigadores cualitativos tienden analizar datos inductivos.
- 5.- El “significado” es lo esencial en la investigación cualitativa.

Para mayor entendimiento, se considera la definición del sociólogo italiano Ferrarotti (1998), quien consideró firmemente que el relato de vida “no es un método o una técnica más, sino una perspectiva de análisis única [...] debe verse como el resultado acumulado de las múltiples redes de relaciones que día a día, los grupos humanos atraviesan, y las que se vinculan por diversas necesidades [...] la historia de vida nos permite descubrir lo cotidiano, las prácticas de vida dejadas de lado o ignoradas por las miradas dominantes, la historia de y desde los de abajo (Béliveau, 2006, pág. 175)”.

Nivel de investigación

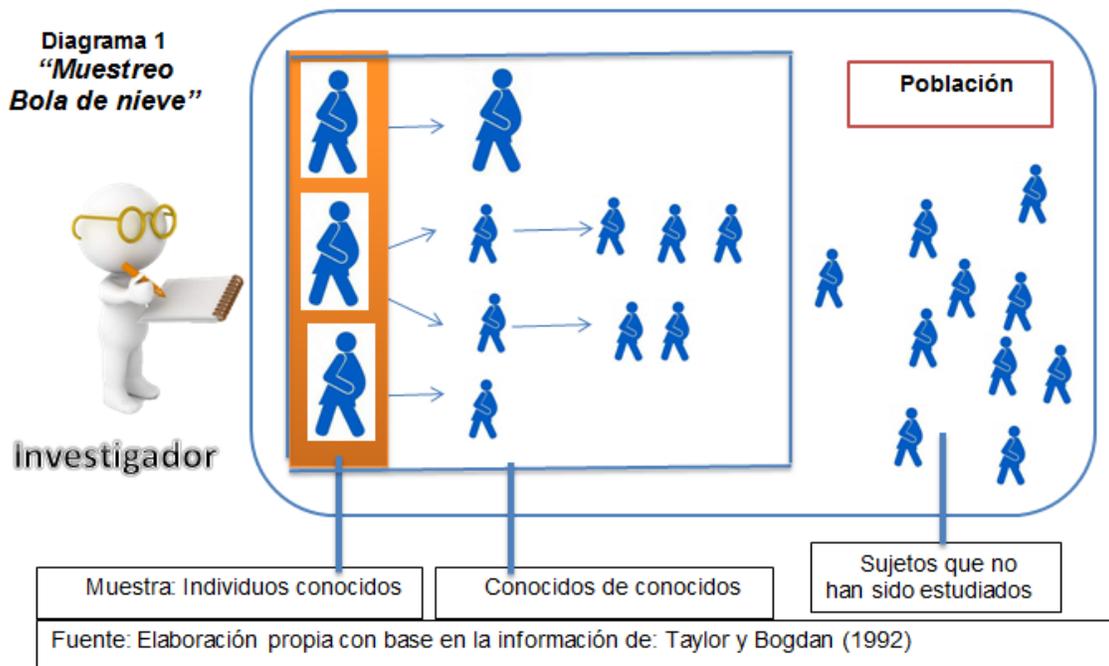
El tipo de estudio que se desarrolló fue de carácter descriptivo puesto que englobo como propósito la descripción de eventos, situaciones representativas de un fenómeno o unidad de análisis específica (Taylor, 1992). El cual es utilizado en las Ciencias Sociales con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan éstas. La investigación cualitativa es inductiva porque se desarrollaron conceptos, interrelaciones; partiendo de pautas de los datos y las observaciones pertinentes desde una perspectiva holística, es decir, las participantes son seres bio-psico-sociales y para el estudio de V.O. fue necesario conocer datos de su pasado, la situación actual y el momento en el que sufrieron violencia, permitiéndome ser sensible a la situaciones de las informantes.

Diseño de la investigación

En esta investigación se realizaron 16 entrevista acerca de las experiencias de las mujeres quienes fueron víctimas de V.O. El investigador establece un ambiente de confianza y este se enfocó en una serie de preguntas diseñadas en una entrevista semiestructurada considerando una duración máxima 2 horas 30 minutos y realizadas entre el mes de junio y julio 2018.

Para seleccionar a las entrevistadas se utilizó la técnica bola de nieve atribuido a Leo. A Goodman, el cual en 1961 publico el artículo “Snowball Sampling”, esta técnica sustenta que los miembros de la población tienen una red social, la cual

permite contactarlo, donde los participantes seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes, aumentando así la validez del proyecto como lo muestra en el diagrama 1 “Muestreo Bola de Nieve”.



La recopilación de información, se manejó bajo la técnica de la entrevista individual semiestructurada (Anexo 1) con preguntas abiertas y cerradas, la cual se define como una conversación cara a cara y tiene como propósito conocer lo que piensa o siente una persona con respecto a un tema en específico. Utilizando cuaderno de notas, diario de campo, una grabadora para registrar la información. Esta clase de entrevistas permite preguntar sobre cuestiones más complejas con mayor detenimiento y facilita la mayor participación de parte de las entrevistadas.

Capítulo 2 “Mirando la Violencia Obstétrica a la luz de la perspectiva de género”

“Para cambiar el mundo, es necesario, cambiar la forma de nacer.”

Michel Odent

2.1 La salud como un derecho

El reconocimiento de los derechos humanos ha sido el producto de una lucha constante y que ha evolucionado, el autor Vasak ha acuñado la noción de generaciones de derechos, determinando que existen clases de derechos humanos a partir de los periodos de tiempo, así como los elementos que la diferencia (Vasak, 1997).

Derechos de la primera generación

- Derechos civiles y políticos: Primeros en ser reconocidos a finales del S.XVIII en la independencia de los Estados Unidos y en la Revolución francesa por Declaraciones y Constituciones
- Derechos políticos fundamentales son el derecho al voto, el derecho a la huelga, el derecho a asociarse libremente para formar un sindicato o incluso un partido político o asociación política
- Derechos Civiles: el derecho a la vida, el derecho a la libertad ideológica y religiosa, el derecho a la libre expresión y el derecho a la propiedad

Derechos de la segunda generación

- Derechos económicos, sociales y culturales: incorporados a finales del siglo XIX y durante el siglo XX
- El derecho a la educación, a la salud, al trabajo, a una vivienda digna, entre otros (Gómez, 2004)

Derechos de la tercera generación

- Estos derechos se han incorporado a las constituciones a finales del siglo XX e inicios del XXI

Ante la problemática de V.O. se retomará el derecho a la protección a la Salud es un derecho inalienable de la humanidad, por su gran importancia vital y obligatoria, la realidad de México es distinta, así lo menciona el Dr. Asael Ortiz

“México refleja en apariencia la promoción de los derechos humanos, sin embargo, al interior hay muchas deficiencias que impiden cubrir dichos derechos sociales, por ejemplo, no se cubren los derechos a la salud, vivienda, educación, empleo, solo por mencionar algunos, incluso la libertad o el libre tránsito. A la luz de las experiencias cotidianas, se cometen constantes y reiteradas violaciones a estos derechos, que serán más agudas a partir de la modificación de la estructura de la población, producto de su dinámica e inercia demográfica” (Lazcano, 2016).

Por eso es importante señalar que en el párrafo 4 del artículo 4to. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades Federativas en materia de salubridad general (...)” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2017, pág. 8). La obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos supone el deber de asegurar que las personas puedan tomar decisiones libres con respecto a su reproducción. En la práctica; sin embargo, las mujeres en México enfrentan graves obstáculos para ejercer sus derechos reproductivos: se les imponen métodos anticonceptivos, son criminalizadas por interrumpir embarazos no deseados, son maltratadas en los servicios de salud obstétrica, mueren en el embarazo, parto y puerperio, son discriminadas al buscar acceder a técnicas de reproducción asistida y se enfrentan con barreras graves para hacer compatible su vida laboral y reproductiva.

El derecho a la salud otorga a las personas el derecho a acceder a los servicios de cuidado médico. Sin embargo, el derecho a la salud no significa el derecho a estar

sano. El derecho a tener buena salud supondría que el país deberían asegurar una buena salud a todas las personas de calidad y calidez lo cual hacia las mujeres embarazadas es lo contrario, en los que se debería englobar

- El derecho a un sistema de protección de la salud
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales
- La promoción de la salud materna e infantil
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados
- La educación y la concienciación sobre la salud

Este discurso frente a las evidencias de V.O muestra como a pesar de que existe un catálogo de derechos humanos, que se fue desarrollando con una constante lucha, aún no se le ha dado el cumplimiento específicamente a las evidencias de vulneración al derecho a la salud a las mujeres embarazadas, de allí de su importancia para esta problemática en México.

2.2 Perspectiva de Género y la Teoría del Biopoder

La perspectiva de género permite abordar una problemática social e individual a partir de una visión más completa de la persona o grupo; sin embargo, la construcción social de sexo y género se ha desvirtuado a partir de la educación informal-tradicional, por lo que es importante diferenciar que el sexo contempla los atributos biológicos y sexuales, mientras que el género es la construcción psicológica, social y cultural, por otro lado no hay comportamientos o características de personalidad propios de un sexo aunque socialmente se hayan establecido, “se analizan las posibilidades vitales de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros; así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar, y las múltiples maneras en que lo hacen” (Cazés, 2005, pág. 15).

No obstante la capacidad de procrear desde el aspecto biológico a partir de la educación y el aprendizaje social se le ha atribuido a las mujeres como una obligación la maternidad y no como una decisión propia (Amorós, 2011), es decir, las mujeres tienen la capacidad de elección con plena libertad de sus derechos sexuales y reproductivos, tal como lo esclarece el Instituto Nacional de las Mujeres en México (2001).

Indiscutiblemente la Violencia Obstétrica se desarrolla en una sociedad donde los valores patriarcales son imperantes, se pueden visualizar en el control sobre el proceso reproductivo y la sexualidad de las mujeres manteniéndolas en una posición subordinada y el área obstétrica la relación directa entre el especialista donde la jerarquía de poder prevalece, atentando y vulnerando los derechos de las mujeres (Belli, 2013).

Por lo que se puede agregar que los valores patriarcales no son los únicos elementos imperantes en esta realidad, ya que va de la mano con las prácticas donde se reconoce el paradigma de la medicalización y la institucionalización con relación a la atención de partos y la libre elección de la misma.

En este contexto la visión de la mujer tradicional va dirigida a que ser madre es su destino y un sacrificio y la idea del placer sexual debe de ser pagado (Chiarotti, 2004), poniendo como ejemplo el parto doloroso, los maltratos impactando negativamente en la salud de las mujeres.

Por otra parte, el autor Michel Foucault (1986) quien atribuye el término biopoder definiéndolo como “la práctica de los estados modernos de explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población” (pág. 26), contempla que los hospitales son de las más importantes “instituciones disciplinarias” desde donde el biopoder es administrado donde las mujeres permanecen obedientes y sumisas al control del actuar médico.

La comprensión de las complejas razones que envuelven el papel actual de la medicina occidental a partir del biopoder permite analizar que esto no implica que

las usuarias en el sistema de salud sean siempre víctimas pasivas donde los y las profesionistas de la salud reproduzcan el autoritarismo en su labor profesional. Contraponiendo que en ocasiones la violencia, específicamente la obstétrica, se visibiliza ante la inconformidad recibida en la práctica médica. En la Declaración de las Naciones Unidas (Adopción: Asamblea General de la ONU, 1993, pág. 2) se define como violencia hacia las mujeres: “Cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada.”

Al mismo tiempo los diversos mecanismos que forman parte de la producción de cuerpos dóciles, el análisis sobre las diferencias que la categoría sexo/género de procesos y relaciones, es en estos espacios donde la Violencia Obstétrica se hace evidente, es decir, el abuso de poder del médico en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres; donde los términos foucaultianos y como lo dice el mismo autor, “(...) se ejerce no solo sobre los cuerpos de las mujeres, sino a través de ellos” (Foucault, 2001, pág. 22).

Ante la resistencia de las mujeres a las instituciones médicas durante el proceso de embarazo estas acciones son interpretadas como producto de la irresponsabilidad e ignorancia, donde se hace mención del poder disciplinario (poder obstétrico) determinando el embarazo como una enfermedad o discapacidad donde es necesario llevar un proceso para parir.

Este término de incapacidad en los procesos administrativos del ámbito laboral es notorio al utilizar ciertos conceptos, cómo cuando se solicita la licencia por maternidad siendo remplazado por incapacidad y ese tipo de acciones se siguen reproduciendo, las mujeres continúan viviendo en un cautiverio (Lagarde, 2005), el aguantar dolor en el embarazo por amor al otro o bien, porque es el papel de las madres, establecido socialmente, situación en la que ellas son las protagonistas

del embarazo; su propio embarazo (Lagarde, 2005). En el mundo hospitalario las cosas acontecen si existe una autorización, así “la docilidad se impone como único camino para obtener algún grado de bienestar” (Ramírez, 2014, pág. 11). El poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles en este caso femeninos permitiendo maximizar la efectividad en los embarazos, partos y cuidados de los recién nacidos.

El cuerpo de la mujer se ha vislumbrado como objeto para el placer del varón, se le niega a este mismo y sólo es considerado en relación con su capacidad reproductiva (Camacaro, 2015). Bajo esta visión del cuerpo de las mujeres como fábrica de bebés y como objeto para otro, se continúa pensando hoy en día, y para perpetuar esa visión, se han instalado mecanismos de control del cuerpo de las mujeres que se reiteran durante todo el proceso de atención del embarazo, como se verá en el siguiente apartado.

En un contexto marcado por el patriarcado demanda que las mujeres sean las que aguanten el dolor por el parto o durante el embarazo y someterse, sin cuestionar ni preguntar, como hace unos años (Rich, 1986, citado en Arguedas 2014) lo llama subutilización de la conciencia de las mujeres, dependientes de la moralidad y la emocionalidad como parte de la educación formal e informal de la sociedad patriarcal. Son vulnerados los cuerpos ante esa carga simbólica imperante en la maternidad.

En una sociedad en la cual el hombre impera por medio de mundo patriarcal, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para continuar visualizándola en una posición subordinada, por medio de un sistema médico, y no solamente por los hombres sino también por enfermeras, médicas es decir mujeres que desafortunadamente también forman parte de esa práctica médica y que han sido educadas/formadas bajo este sistema patriarcal, de modo que esto se convierte en agentes claves para el control y dominación en los cuerpos de las mujeres, con lo que se expresa la

pérdida de respeto en la autonomía de las implicadas para la toma de decisiones, preponderando la transgresión de los derechos.

Por otro lado la medicina occidental se ha considerado como una institución objetiva; mirarla desde un sistema afectado por valores sociales incluyendo la influencia por la política y la economía donde el personal de hospitales, centros de salud y clínicas se devalúa el trabajo, bloqueado por el deficiente apoyo del Estado, en vista de que genera la exclusión de sectores de la población por el abuso de poder y que se ve reflejado en los grupos vulnerables como las mujeres embarazada.

Desde la perspectiva de género, se hace una reflexión de cómo es interpretada por las mujeres desde la medicina, se manifiesta:

“La idea de la inferioridad del cuerpo de la mujer y la idea del cuerpo único, isomorfo, eran resultado de incorporar expectativas sociales en las representaciones de la naturaleza. Con ello, la ciencia naturalizaba y legitimaba las creencias y prácticas culturales dominantes, proceso que ha sido denominado como parte del sistema sexo/género y que perdura hasta la actualidad” (Ortíz, 1992, págs. 323-346).

Es por ello que el androcentrismo prevalece en la ciencia médica, Emily Martin (1991) argumenta esta interpretación de la aplicación de los roles de género tradicionales en los procesos reproductivos:

“el óvulo es visto como grande y pasivo. No se “mueve” o “viaja”, sino que es pasivamente “transportado”, “arrastrado”, o incluso “fluye” a lo largo de las trompas de Falopio. En contraste total, los espermatozoides son pequeños, “eficientes” e invariablemente activos. “Entregan” sus genes al óvulo, “activando el programa de desarrollo del óvulo”, y poseen una “velocidad” que es a menudo remarcada” (Martin, 1991)

Estas descripciones muestran creencias culturales y la tendencia del androcentrismo contribuyendo la medicina a reforzar los estereotipos que desvalorizan el cuerpo de las mujeres. Esto permite determinar que la medicina no es un campo de conocimiento objetivo, sino que se encuentra condicionado bajo

un sistema económico y político (Foucault, 1996) reflejado en el discurso médico donde el poder institucional asume una posición de privilegio y poder para determinar lo que es sano o enfermo.

Este mecanismo de poder aplicado en países como México, donde el capitalismo controla a las multitudes explicado por el término de biopoder (Foucault, 2007). Donde el control no se ejerce por un solo ciudadano sino por formas más sutiles de coerción, este autor argumenta que los mecanismos de biopoder permiten el control de la población en aspectos como los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales, definiendo claramente lo que para el Estado es obtener un parámetros del bienestar viéndose reflejado en los hospitales como una institución disciplinaria donde el biopoder es administrado.

Existen investigaciones antropológicas acerca del embarazo parto y posparto donde interpreta esa relación entre el capitalismo y el modelo biomédico y al analizarlo en la realidad de México, donde las instituciones hospitalarias están reguladas por estándares industriales de productividad, pero sobre todo los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable (Blánquez, 2005).

Por otro lado, la medicación y la tecnología se convierten en aspectos importantes en el control de la reproducción biológica donde las mujeres deben aguantar obedientes al control médico mientras los padres permanecen excluidos con relación a los primeros cuidados del bebé, como el baño y alimentación, siendo remplazados por el personal médico, dando como resultado que el recién nacido no desarrolle plenamente los vínculos afectivos entre el padre y él, impactando a futuro en su proceso de socialización (Odent, 2011).

Si bien es cierto, el contexto social propicia la socialización-normalización de violencia, los actores contratados para esta escena parecieran estar educados

solo con el fin de dominar y que al mismo tiempo son dominadas, y agredidas. Se ha adoptado una actitud neutral ante la violencia; existe pasividad que constituye una completa violación a los derechos humanos, esto eclipsa la potencialidad innata para la realización como ser humano.

Simultáneamente se dan casos en los que la violencia ha sido la protagonista de impactantes noticias, provocando tristeza, enojo, decepción y frustración como es de esperarse de la naturaleza humana, si es que son dadas a conocer, ya que existe una realidad alterna de la lista interminable de aquellos hechos que son resguardados entre folders y gabinetes.

Debido a la seriedad e importancia que implica seguir hablando sobre el tema, es necesario detenerse a pensar y realizar una búsqueda sistémica para entender ¿a qué es lo que se refiere realmente “violencia”?

Si bien es cierto, en la etimología de la palabra: “violencia” se deriva del latín “*vis*” que significa fuerza y “*latus*”, participio pasado del verbo *ferus*, es decir, “llevar o transportar. Por lo que se puede decir que partir de su sentido etimológico significa: “llevar la fuerza a algo o alguien”. Es decir, “la fuerza física empleada para dañar a alguien”; no obstante la violencia no solo es de carácter físico, ya que tiene una connotación de carácter moral, político, social, sexual, psicológico.

Aunque esta definición puede ser objetiva, resulta demasiado general, ya que el daño puede ser intencionado y esta definición excluye los comportamientos que aparecen como agresivos pero no están dirigidos a provocar algún daño. Otra aproximación se precisa que “la violencia es agresividad, sí, pero agresividad alterada, principalmente, por la acción de factores socioculturales que le quitan el carácter automático y la vuelven una conducta intencional y dañina” (Sanmartín, 2007, pág. 20).

Entonces si la violencia es intencionada y dañina, el hecho de permitir que se “normalice” en el vivir diario, forma parte del discurso más no una forma en si misma de transformación social.

Por lo que surgen preguntas como: ¿hasta qué grado de violencia se ha llegado para considerar tales actos como algo “normal”?, ¿Cuántas mujeres más necesitan ser maltratadas para reaccionar?, ¿Cuántos casos serán los necesarios para que cumplan con el requisito de poderse llamar por lo menos “personas violentadas”?, ¿Hasta qué punto debe llegarse para voltear a ver a esas mujeres?. Hablar de esto no significa acarrear una guerra, esto es en sí mismo una necesidad, para comenzar a reconocer la coexistencia dentro de un ambiente de equidad.

En la actualidad, "es mucho más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura" (Lamas, 1996, pág. 5). Resulta más factible librar a la mujer de la necesidad "natural" de amamantar, que conseguir que el marido se encargue de dar el biberón. La transformación de los hechos socioculturales resulta frecuentemente mucho más ardua que la de los hechos naturales; sin embargo, la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable.

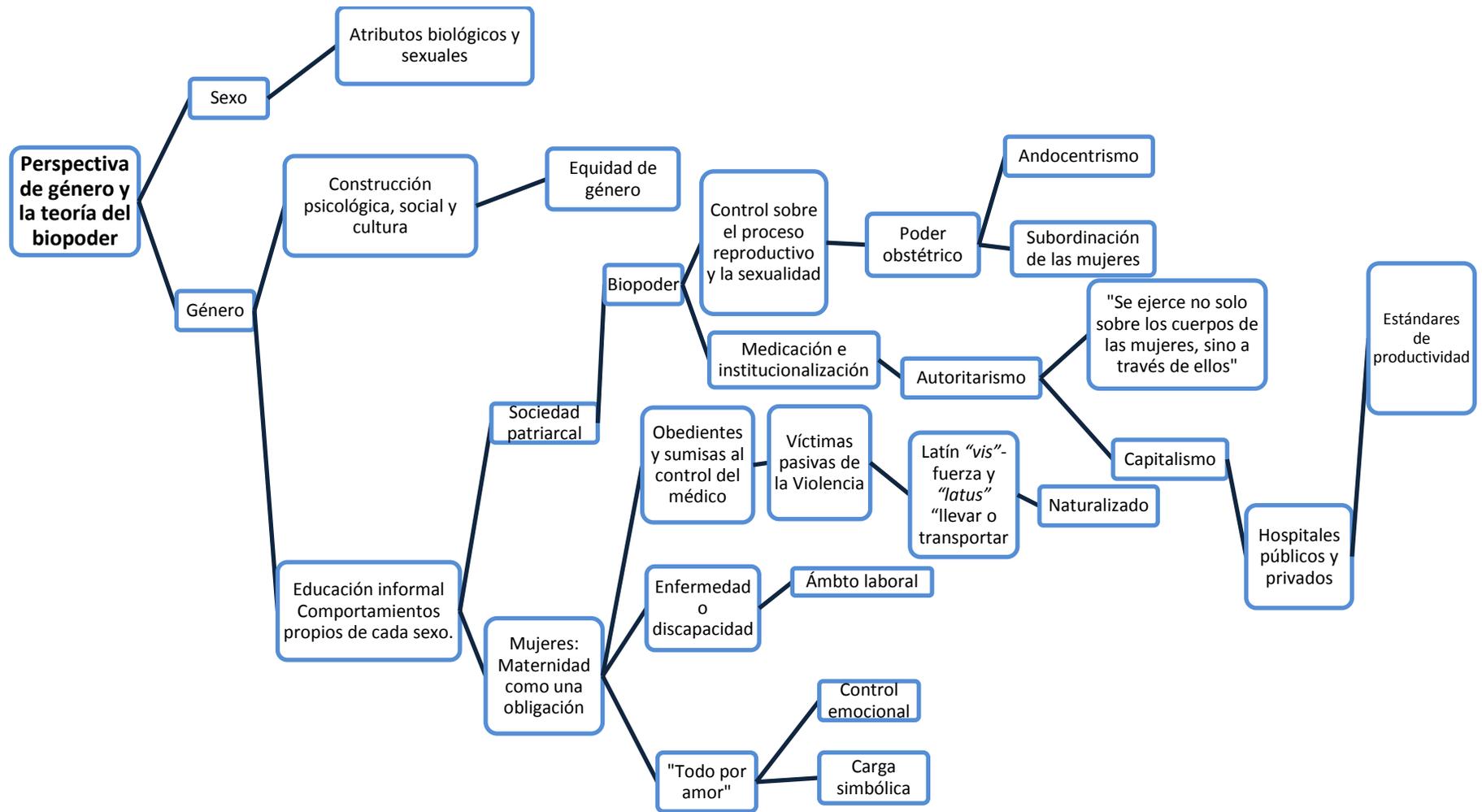
El tabú se construye a partir de una realidad: la diferente anatomía de hombres y mujeres, pero la valoración cultural es totalmente distinta. Y si comparamos a esas dos sociedades con otras, donde tejer canastas es asunto de habilidad, y lo pueden hacer, hombres y mujeres, entonces tal vez podemos vislumbrar un mundo diferente, sin reglas rígidas de género (Lamas, 1996). Con esto se quiere decir que ha evolucionado la actuación de los hombres y mujeres en el ámbito público y privado donde prevalece el androcentrismo como mecanismo de poder en el que se ha determinado comportamientos sociales a pesar de que es importante considerar el contexto cultural y el tiempo histórico, se basa en el aprendizaje social.

Es innegable reconocer que las mujeres en un momento de su vida durante el embarazo, proceso de parto o puerperio, han experimentado tratos deshumanizados, tanto verbales, físicos y psicológicos, en cuanto a la atención obstétrica, por lo que no se debe ignorar esta situación, pues las circunstancias se han convertido en una necesidad social (CNDH, 2016) la imagen de una mujer con

su recién nacido en la intemperie convirtió un acontecimiento de la vida privada en asunto de interés público que se presenta sin importar religión, edad, nivel socio-económico y educativo; esto quiere decir que todas las mujeres son vulnerables.

Ahora se puede afirmar que el Estado debe garantizar, proteger y respetar los derechos humanos y luchar por un trato sin violencia para las mujeres embarazadas (LGAMVLV, 2007) no obstante se ha dejado en condición de desamparo a las mujeres embarazadas, por lo que la pregunta es: ¿hasta cuándo la violencia obstétrica dejará de ser un mal naturalizado?

Mapa Sinóptico 1: Perspectiva de género y la teoría del biopoder



Fuente: Elaboración propia con base en la información de: Belli (2013), Amorós (2011), Cazés (2005), Foucault (2001).

2.3 La Violencia Obstétrica como violencia de género

La Violencia Obstétrica es un tipo de violencia de género que se ejerce hacia las mujeres, es decir, este tipo de violencia se basa en la desigualdad de género, que han prevalecido en las normas y creencias socialmente aceptadas. Es definida por la Organización de las Naciones Unidas como:

“(…) cualquier acto de violencia basado en el género que resulta o puede resultar en daños físicos, sexuales o psicológicos o en el sufrimiento de la mujer, incluidas las amenazas tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya tenga lugar en el ámbito público o privado” (ONU Mujeres, 2015).

Existe una clasificación que permite identificar los tipos de violencia contra las mujeres en las que encontramos la psicológica, física, económica, sexual y patrimonial; sin embargo, también se presentan casos dentro de instituciones públicas y privadas es por ello que La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) establece que son:

“(…) los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (LGAMVLV, 2007, pág. 6)”.

Otra forma de violencia contra las mujeres es la Violencia Obstétrica (V.O) que ha sido definida como:

“(…) una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención de embarazo, parto y posparto en los servicios públicos y

privados, y se considera en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” (GIRE, 2015, pág. 120).

El reconocer que la Violencia Obstétrica es una forma de Violencia Institucional contra las mujeres y que se puede entender como un tipo de Violencia de género donde el poder que posee el saber del médico dentro de una institución, genera que las mujeres acepten las órdenes médicas para poder obtener una buena atención, y tener confianza en el actuar del profesional médico sabiendo que él es parte de su labor aunque no esté de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento que le otorgue y que algunos autores han buscado dar una aproximación para definir este fenómeno social. En relación con la definición que proporciona GIRE da una referencia amplia, acorde a la investigación explica como la V.O. se relaciona con la vulneración de los derechos en espacios de salud que brindan el servicio a las mujeres embarazadas lo que otras definiciones solo se centran en mencionar que es un mal trato hacia ellas, es necesario recalcar las acciones que visualizan este tipo de violencia por lo que se refiere al significado de la Violencia Obstétrica lo precisa con mayor claridad y no de manera general.

La demanda por parte de la población hacia los servicios de salud es un fenómeno en donde se refleja la calidad del servicio debido a la falta de personal, la insuficiente infraestructura, falta de insumos entre otras, esta forma de visualizar la problemática, le quitaría responsabilidad a quienes ejercen las acciones en donde se invisibilizan las dinámicas de género sustentadas en el sexismo y androcentrismo que prevalece en el ejercicio médico donde existe el abuso de autoridad basado en las jerarquías de un poder de género (Bellón, 2014).

La violencia de género es un tipo de violencia que se sustenta en las estructuras de género (ONU Mujeres, 2015) por lo que existe una división de violencia (LGAMVLV, 2007, págs. 3-4).

Así mismo la Violencia Obstétrica es toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Medina, 2009).

Un modelo misógino en el que la autoridad y el poder están en manos del personal del área médica a quienes se demanda una atención sanitaria; son las pacientes quienes ocupan una posición de sujetos pasivos carentes de autonomía, esto ocurre en las mujeres embarazadas que al ingresar a las instituciones de salud públicas o privadas depositan su confianza en los profesionistas convirtiéndose en objetos de control, en una persona que no decide sobre su cuerpo y sobre todo de su salud.

Entre la relación médico-paciente se niegan determinados derechos fundamentales en ocasiones no se proporciona toda la información que se debería. Este tipo de violencia de género incluye formas de expresión de control y opresión ejercidos sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas incluyendo al equipo multidisciplinar que interviene durante el embarazo o en el proceso de parto.

Se manifiesta una relación de saber y poder donde por el hecho de ser mujer con ciertas características como la edad, situación económica, escolaridad, estado civil, entre otras incrementa la vulnerabilidad de sufrir violencia.

2.3.1 Tipos de Violencia Obstétrica

Existe una clasificación en donde se agrupan las diversas conductas violentas que engloba las acciones generales, permitiendo visualizar y distinguir la V.O física y psicológica.

Física: “modalidad de prácticas invasivas y suministros de medicación realizada justificando el estado de salud de la persona que va a parir, y que además no se respetan los tiempos ni las posibilidades de dicho parto biológico” (GIRE, 2015, pág. 120).

Psicológica: “trato deshumanizado, grosero, discriminado y humillaciones, en el momento que las mujeres recurren a instancias de salud y/o personal médico, a fin de saber la evolución de su embarazo, intervenciones obstétricas como el proceso de parto y alumbramiento” (GIRE, 2015, pág. 120).

La Violencia Obstétrica no implica sólo consecuencias de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género pero está tan normalizada a nivel social, considerándose como algo normal-natural. Por otro lado, las clasificaciones que el personal médico ejerce en las pacientes, guiándose de estereotipos sociales, etiquetas, imágenes y atributos, repercute en la calidad del servicio otorgado, principalmente la forma en la que los médicos tienen su formación académica, en relación a la escasa o nula perspectiva de género. Para resaltar “existen tipos de interacciones que predominan, donde se produce una jerarquía de género, en la que los estudiantes incorporan como normal en su visión profesional del mundo” (Erviti J. , 2006, págs. 663-665). Las principales razones por las cuales existe discriminación en las salas de parto pueden dividirse en cuatro categorías (Bohren, 2015):

- 1) Etnicidad, raza o religión
- 2) Edad (adolescentes solteras y mujeres mayores que habían tenido varios partos)

3) Estatus socioeconómico (mujeres con poco poder adquisitivo sentían que recibieron un peor tratamiento por no ser capaces de pagar sobornos, fueron humilladas por su pobreza, por no saber leer o escribir o por vivir en zonas rurales o barrios marginados, o estar “sucias” o “desaliñadas”)

4) Condiciones médicas (mujeres con VIH sintieron que su estatus de VIH positivo provocó que recibieran un menor cuidado, incluyendo un retraso en intervenciones esenciales, evitación del contacto con ellas y menores exámenes vaginales.

Cuadro 2. Clasificación de los tipos de Violencia Obstétrica de acuerdo con la OMS

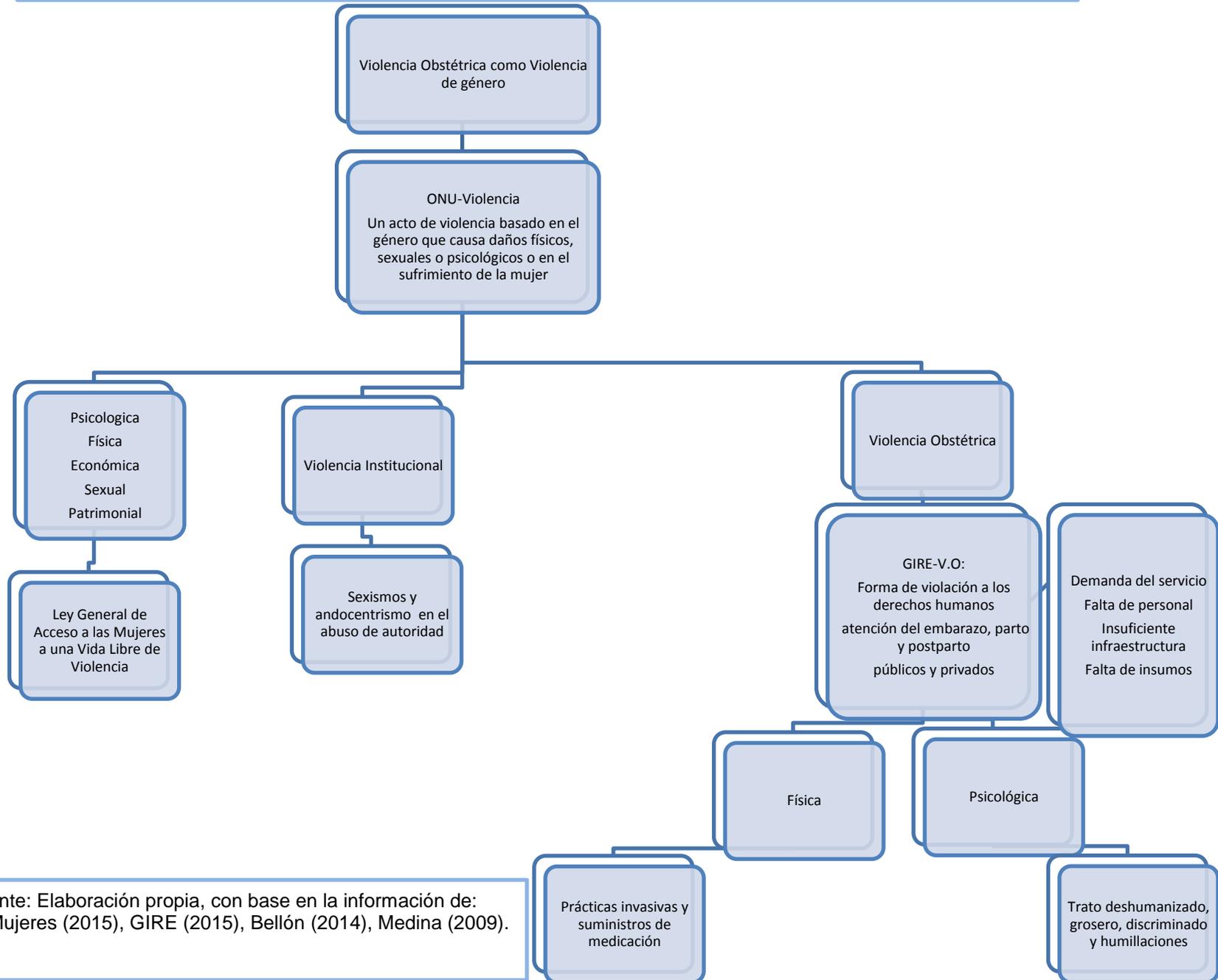
1.-Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física	2.- Falta de insumos e instalaciones inadecuadas	3.-Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, sin información completa, verdadera y suficiente	4.-Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas étnicas, entre otras.
<ul style="list-style-type: none"> • Golpes • Agresiones • Abuso físico • Toques rudos • Uso de fuerza extrema • Pinchazos en los muslos • Ser atadas a la cama durante el parto • Ser amordazadas • Uso de lenguaje grosero • Comentarios juzgando su actividad sexual • Insultos • Denigrar a las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> •Insuficiencia de personal •Falta de cortinas para separar a unas mujeres de otras •Falta de insumos (medicamentos, guantes, sangre, etc.) •Falta de políticas para atención y seguimiento de quejas •Falta de acceso a la salud en comunidades aisladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de consentimiento informado • Tactos vaginales excesivos • Falta de confidencialidad • Negligencia y abandono por parte del personal • Mujeres son excluidas de las decisiones sobre su proceso 	<p>Razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Culturales •Económicas

Cuadro 2. Clasificación de los tipos de Violencia Obstétrica de acuerdo con la OMS

1.-Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física	2.- Falta de insumos e instalaciones inadecuadas	• 3.-Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, sin información completa, verdadera y suficiente	4.-Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas étnicas, entre otras.
<ul style="list-style-type: none"> • Negar el conocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos y procesos • Poner apodos • Expresiones irónicas • Amenazas de abandonar o no atender • Culpabilizar o ridiculizar a las mujeres • No respetar el dolor de las mujeres • Uso de jerga técnica sin explicar a las mujeres • Ignorar a las mujeres • Aislar a las mujeres de sus familiares • Prohibirles comer, beber, caminar y bañarse 	<ul style="list-style-type: none"> •Instalaciones inadecuadas para permitir el acompañamiento de familiares. •Falta de sensibilización al personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer su cuerpo a incontables personas • Mujeres no son consultadas sobre las prácticas que se realizarán 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosas • Étnicas, entre otras.

Fuente: Elaboración propia, con base a la información de: Camacaro (2015), Bohre (2015).

Esquema 1. Violencia Obstétrica como Violencia de género



Fuente: Elaboración propia, con base en la información de: ONU Mujeres (2015), GIRE (2015), Bellón (2014), Medina (2009).

2.4 Violencia institucional y simbólica

En la actualidad resulta difícil poder encontrar sociedad alguna en la que mujeres y hombres reciban un trato equitativo, o bien vivir dentro de una, dado que se ha constatado que existe una discriminación generalizada hacia las primeras en todos los ámbitos donde:

[...] “las víctimas tradicionales dejan de parecer tan sufridas e inocentes, pues empezamos a descubrir su participación en apoyo a los victimarios. En la medida en que los dominados ejercen un poder sobre sus pares, o cuando aceptan y promueven sus propios roles en las relaciones de poder, ejercen también una auto-dominación, pues contribuyen a la consolidación del poder que los subyuga. Por eso, tanto las mujeres que hacen ciencia partiendo de premisas sexistas, como las que escriben plenitudes para las revistas femeninas, o las que emplean los esquemas misóginos de su profesión en lo que dicen o describen, o las que murmullan contra sus vecinas, o las que sencillamente repiten el refrán que apuntala las relaciones tradicionales de género; todas ellas, a la vez que contribuyen a su propia subordinación, están usufructuando el mismo poder que las subyuga como mujeres, compartiéndolo fugazmente, en la medida en que aparecen como aliadas de los dominadores” (Cuevas, 2011, pág. 6).

Esta discriminación sustentada atraviesa categorías sociales como edad, nivel socioeconómico, transmitiéndose a través de formas que a simple vista podrían ser sutiles pero impregnan el vivir diario, de ahí que la violencia no solo se da en ámbitos familiares y escolares sino también en diversas instituciones, tales como en las instituciones de salud, por lo que la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su capítulo IV, artículo 18, define como “violencia institucional”, a los actos y omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia” (LGAMVLV, 2007, pág. 8).

Si bien es cierto, la violencia se puede entender como “el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerle un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad” (Blanco, 2012a, págs. 68-69) .

Este trato se ha considerado como un acto normal, por lo que resulta urgente poder reconocer este abuso, debido a que existen diversos tipos de violencia, la investigación está centrada en Violencia Obstétrica, por lo que es importante hacer referencia a que violencia se refiere a “el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad” (Blanco, 2012a, pág. 69).

La falta de acceso de mujeres de escasos recursos a los servicios básicos de salud, que las obliga a realizar largos viajes a diferentes clínicas para lograr que las atiendan; falta de la estructura adecuada dentro de las clínicas, incluyendo recursos físicos y humanos insuficientes; la prohibición de que alguien acompañe a la mujer durante su proceso, incluyendo la específica prohibición de que un hombre entre a la sala de expulsión, basada en el argumento de que no se puede asegurar la privacidad de las otras pacientes, pues el espacio mismo impide una atención en privado.

Parto

El proceso de parto comprende, la admisión de la mujer a la institución, el trabajo de parto y el posparto inmediato hasta el egreso. Por lo que es un acto natural y fisiológico de reproducción individual. No es una enfermedad, ni un acto médico.

Es un proceso natural del cuerpo de las mujeres, muy complejo, asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica.

En la atención al parto se puede reconocer la mejor expresión de esta subordinación. Este proceso natural de vida, convertido en procedimiento médico, la mujer es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un “producto fetal”. Así el patrón de la medicalización de los ciclos de vida de las mujeres tiene diversas manifestaciones en la atención a la gestación y parto. Por ejemplo: a través del uso de oxitócicos para apresurar el parto, la planificación de cesáreas sin respeto a las indicaciones médicas precisas, en el ejercicio privado. La instrucción de anestesia epidural para aliviar dolores, a veces excesivamente. En contraposición a la práctica pública de esperar hasta el último momento para indicar la cesárea o inducir la anestesia, así como el uso contraproducente de los fórceps.

Parto distócico

Parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado.

Parto por cesárea

Parto con intervención quirúrgica.

Parto eutócico

Parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica.

Tales actos se reflejan en los índices de cesáreas, los cuales forman parte de una clara realidad en el aumento del índice de prácticas médicas realizadas, convirtiéndose en una práctica de cesáreas innecesarias, con el propósito de dar sustento a esta declaración en el año 2009 GIRE, realizó una investigación respecto a ello, obteniendo los datos que muestra a continuación en la tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1
Tipos de nacimientos por entidad federativa (2015)

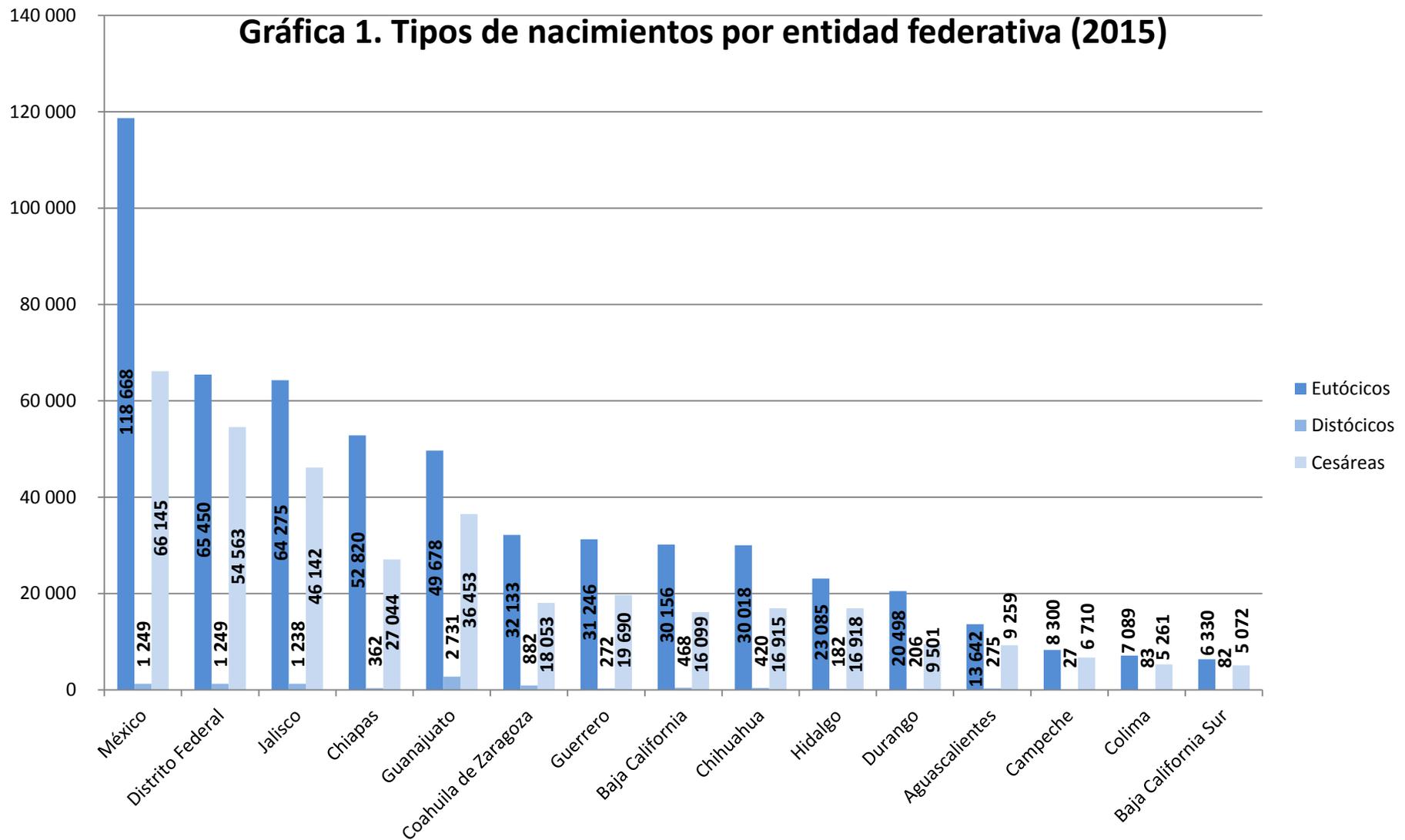
Entidad federativa	Nacimientos atendidos				
	Total	Partos			
		Eutócicos	Distócicos	Cesáreas	No especificado
Aguascalientes	23 176	13 642	275	9 259	0
Baja California	46 728	30 156	468	16 099	5
Baja California Sur	11 485	6 330	82	5 072	1
Campeche	15 040	8 300	27	6 710	3
Coahuila de Zaragoza	51 068	32 133	882	18 053	0
Colima	12 433	7 089	83	5 261	0
Chiapas	80 226	52 820	362	27 044	0
Chihuahua	47 354	30 018	420	16 915	1
Distrito Federal	121 432	65 450	1 249	54 563	170
Durango	30 205	20 498	206	9 501	0
Guanajuato	88 871	49 678	2 731	36 453	9
Guerrero	51 212	31 246	272	19 690	4
Hidalgo	40 186	23 085	182	16 918	1
Jalisco	111 655	64 275	1 238	46 142	0
México	186 064	118 668	1 249	66 145	2
Michoacán de Ocampo	68 770	42 939	165	25 665	1
Morelos	26 914	15 708	20	11 185	1
Nayarit	17 925	12 341	95	5 489	0
Nuevo León	62 557	26 213	11 345	24 998	1
Oaxaca	61 385	35 140	612	25 629	4
Puebla	74 829	46 038	248	28 543	0

Tabla 1
Tipos de nacimientos por entidad federativa (2015)

Entidad federativa	Total	Partos			
		Eutócicos	Distócicos	Cesáreas	No especificado
Querétaro de Arteaga	32 268	19 071	182	13 015	0
Quintana Roo	24 758	14 749	108	9 901	0
San Luis Potosí	42 209	29 462	577	12 170	0
Sinaloa	45 047	24 785	89	20 172	1
Sonora	42 203	24 133	222	17 848	0
Tabasco	45 215	25 203	98	19 904	10
Tamaulipas	51 133	28 087	706	22 333	7
Tlaxcala	19 837	11 394	60	8 383	0
Veracruz de Ignacio de la Llave	107 364	65 448	447	41 463	6
Yucatán	29 552	14 609	65	14 876	2
Zacatecas	29 318	19 756	380	9 181	1

Fuente: Elaboración propia, con base en la información de la Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 35, Vol. III. 2015. México 2015.

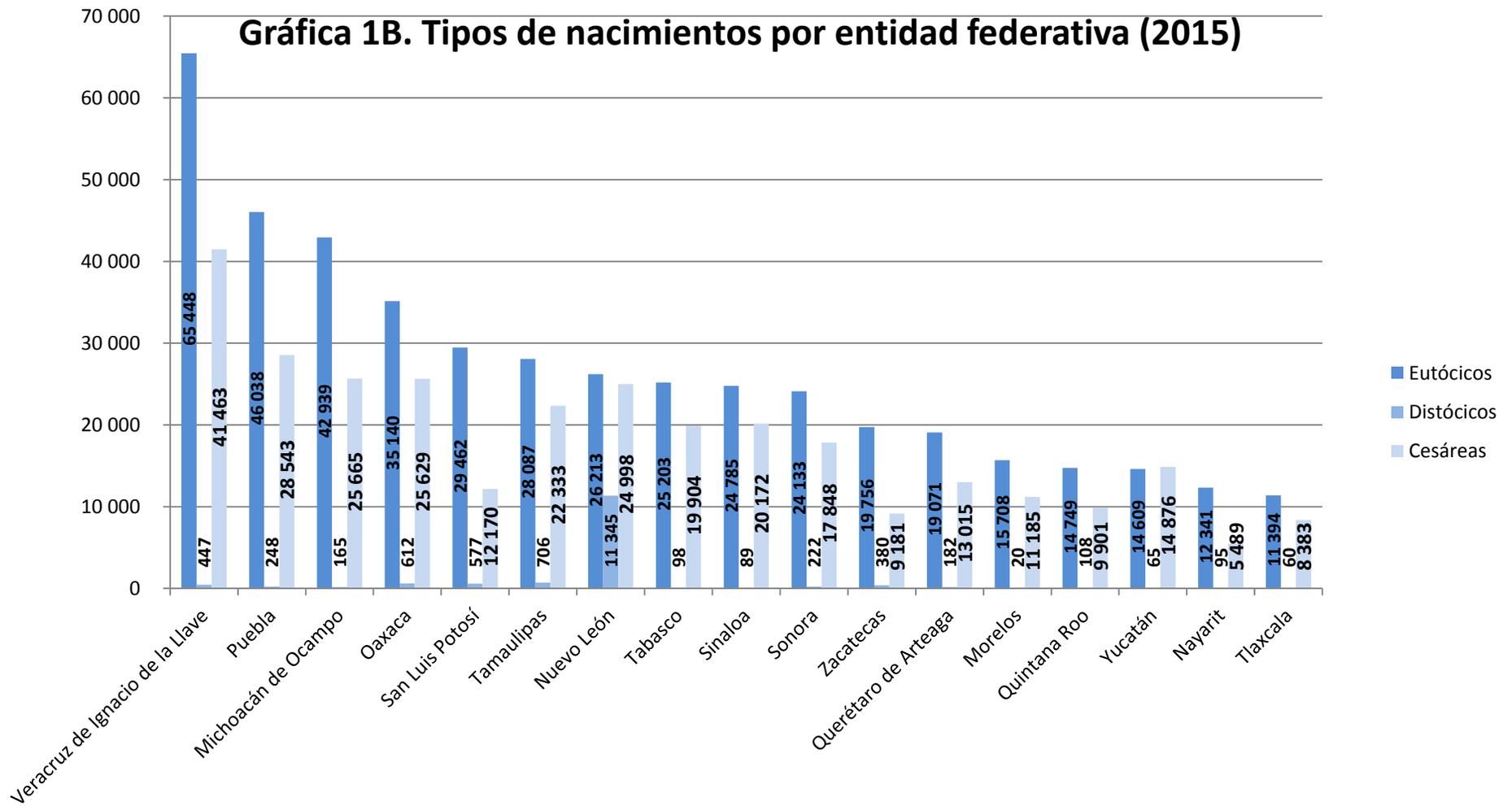
Gráfica 1. Tipos de nacimientos por entidad federativa (2015)



Fuente: Elaboración propia, con base en la información de: Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 35, Vol. III. 2015. México 2015

Continúa

Gráfica 1B. Tipos de nacimientos por entidad federativa (2015)



Fuente: Elaboración propia, con base en la información de: Secretaría de Salud. DGIS. Boletín de Información Estadística No. 35, Vol. III. 2015. México 2015

Capítulo 3 “Una realidad que pocos quieren escuchar”

“Cualquiera que sea la libertad por la que luchamos, debe ser una libertad basada en la igualdad”
Judith Butler

3.1 La Partería: una práctica desechada

En el libro “El Calibán y la Bruja” relata como las mujeres han vivido un proceso de transición, en cuanto a la etapa del feudalismo al capitalismo, dónde fueron desterradas de sus propios cuerpos específicamente lo relacionado con la sexualidad y la reproducción (Federici, 2010).

En la época feudal las mujeres eran consideradas sabias o sanadoras por el conocimiento ancestral de las plantas medicinales, por otra parte ellas velaban por la salud del pueblo. Además de parteral, llevando un control de la fertilidad de las mujeres, podían provocar abortos; jugando un papel de enfermeras y consejeras (Cobo, 2016).

Ocupaban una posición de poder debido al control de la reproducción, sexualidad y conocimientos para la curación; sin embargo, durante el periodo del feudalismo hasta la modernidad fue conocida esta etapa como la caza de brujas donde las mujeres campesinas sufrieron una persecución violenta por dichas prácticas, siendo asesinadas en la hoguera por la Iglesia y el Estado con el objetivo de eliminar esas conductas denominadas aberraciones.

En la Edad Media las mujeres continuaban ocupando un lugar de curanderas, hechiceras y magas generando desconfianza para la Iglesia por lo cual tenían que ser controladas.

Como resultado de este periodo se dio la destrucción y el desprecio de las prácticas y creencias tradicionales en los pueblos; facilitando la llegada de la medicina tradicional y la obstetricia a cargo de hombres; dicho lo anterior se habilitaron espacios educativos para la formación de estas prácticas, excluyendo a las mujeres de este ámbito.

Con base a las influencias históricas y culturales, se muestra en el cuadro 4, las diferencias del proceso del parto (Arguedas, 2014) en donde la Cultura occidental predomina la comodidad para realizar procesos médicos, y donde las mujeres son ignoradas para decidir su proceso de parto.

Cuadro 4 El parto y la cultura	
Cultura Oriental	Cultura Occidental
La mujeres pueden moverse libremente	Las mujeres no tienen la capacidad de moverse libremente
Parto en posición de decúbito laterales, verticales, de rodillas o agachadas	El parto es en relación al útero
Medicina alternativa	Uso de anestesia o medicación
Fuente: Elaboración propia, con base en la información de: Cobo (2016).	

Con la llegada de la Revolución Industrial las prácticas sanitarias y sociales sufrieron ciertas transformaciones por el cambio económico, político y tecnológico, y uno de los más significativos, relacionado con la maternidad es el parto dejando de ser en las casas y fue sustituido por los hospitales teniendo un control mas exhaustivo de cada caso y de manera efectiva reducir la mortalidad materna-infantil a fin de que hoy en día se cree que es necesaria una intervención médica.

Nikodem y Federici en el año 2000 defiende que no existe una única práctica recomendada para la atención del parto, ya que es un proceso cambiante y dinámico por lo que los obstetras deberían de contar con conocimientos para que la posición que elija la paciente sea efectuada.

Ante esta realidad la Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoció el valor de la partería tradicional, mencionando que podría resultar ser una estrategia para la reducción de la violencia obstétrica (CNDH, 2017). El ombudsman nacional reiteró la importancia de reconocer la partería tradicional como una práctica regular y exitosa en zonas indígenas y rurales, mediante la cual se podría

abatir el fenómeno de la violencia obstétrica; mencionando que “Es necesario fortalecer un enfoque de género e intercultural que promueva las buenas prácticas –algunas ya existentes en el sector salud, al mismo tiempo que se promueva el reconocimiento de los saberes ancestrales de las mujeres, entre pares y donde son las propias comunidades las que dotan de autoridad a las parteras” (CNDH, 2017).

El ejercicio de esa práctica en la promoción integral del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres debe ser reconocido, respetado, la suma de conocimientos ancestrales, experiencias y buenas prácticas de las parteras tradicionales a los modelos médicos de atención institucional redundan en la prevención de riesgos obstétricos y en disminución de la morbilidad materno infantil.

Como se mencionó anteriormente existen hechos que buscan desaparecer esta práctica, desacreditando la labor de quienes la ejercen, fomentando una cultura de miedo con el argumento de que es una actividad de riesgo para las mujeres embarazadas e incluso, lo que constituye una violación a derechos humanos individuales y colectivos.

3.2 Negligencia médica

Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que las cesáreas no deberían sobrepasar el 15% del total de nacimientos, la realidad es que en México, como en muchos otros países de América Latina, la tasa de cesáreas sobrepasa esa cifra y sigue un constante aumento. En la República Mexicana, los datos para el año 2012 indicaban que poco más del 45% de los nacimientos fue por cesárea (GIRE, 2018). Este aumento no se ha dado sin debate, tanto a nivel de los profesionales de la salud como de la sociedad civil. Como ya fue dicho, mientras distintas organizaciones denuncian los excesos de la medicalización del

nacimiento y debaten y difunden las prácticas alternativas de parto humanizado que son diversas y no siempre van contra lo biomédico, desde el campo de la salud y los derechos humanos ha comenzado a plantearse que el aumento en el número de las cesáreas no es ajeno a un fenómeno más general que englobaría el uso y abuso de las cesáreas y toda una serie más de prácticas biomédicas institucionalizadas y violentas: uso y abuso de fórceps, oxitocina, rasurados, edemas etc.

También se visualiza la falta de consentimiento informado, principalmente para realizar procedimientos como una cesárea o los tactos vaginales, que la mayoría de mujeres consideró como excesivos y deshumanizantes, así como realizados en un lugar sin privacidad. También una falta de confidencialidad, al compartir el personal de salud información privada con sus parejas o con otras usuarias (como su condición de VIH positivo).

Omisiones configurativas de Violencia Obstétricas:

Falta de anestesia en los legrados

Una de las conductas omisas más frecuentes en la Violencia Obstétrica está por acciones de omisión con relación al uso de anestesia, cuando se realizan procedimientos de legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado.

Omisión de información

Con relaciona a las diversas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

Omisión de intimidad

Cabe recordar que la Ley de parto humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, misma que lógicamente debe ser prestada dentro de los

medios con los que se cuenten, además de la omisión de consideración con las pautas culturales, en las que los médicos deben respetar la ideología y costumbres de las personas, pese a que esto signifique el rechazo de algunos procedimientos, además de la redes de apoyo con las que cuente el paciente.

Conviene subrayar que ante las omisiones ocurridas en los años 2009-2012 la CNDH, emitió 21 recomendaciones donde hubo quejas sobre Violencia Obstétrica, en el cuadro 2, a continuación se muestran, expresadas por entidades, las quejas así como las recomendaciones emitidas, y aquellas que dieron respuesta a la solicitud de tales recomendaciones.

Cuadro 2

Número de quejas por Violencia Obstétrica en los Estados Unidos Mexicanos 2009-2012

<i>Entidad</i>	<i>Información de las secretarías de salud locales/2009-2012</i>		<i>Información de las comisiones locales de derechos humanos/2009-2012</i>		
	<i>Quejas</i>	<i>Quejas</i>	<i>Recomendaciones</i>	<i>Reporte Seguimiento</i>	<i>Cumplimiento</i>
Aguascalientes	77	2	SD	SD	SD
Baja California	6		No respondió solicitud de información.		
Baja California Sur	Información inexistente.	3	0	0	0
Campeche			No respondió solicitud de información.		
Chiapas	13	6	2	2	1 (Parcialmente)
Chihuahua	Se declara incompetente para responder solicitud de información. Competencia corresponde a CONAMED.	33	3	SD	SD
Coahuila	16		No respondió solicitud de información.		
Colima	Información inexistente.		No respondió solicitud de información.		
Distrito Federal	No respondió solicitud de información.	12	2	2 (Parcialmente)	0
Durango	0		No respondió solicitud de información.		
Guanajuato	No respondió solicitud de información.	23	4	4	3 (Parcialmente)
Guerrero	0	-	15	3	2
Hidalgo	Información inexistente.	21	3	2	1 (Parcialmente)
Jalisco	No respondió solicitud de información.	-	8	6	2
México	Competencia corresponde a CONAMED.	20	0	0	0
Michoacán	15	19	12	SD	7

Fuente: Elaboración propia, con base en información Informe de (GIRE, 2015) <https://informe.gire.org.mx/cap4.pdf>

S.D Sin Datos

Continúa

Tabla 2

Número de quejas por Violencia Obstétrica en los Estados Unidos Mexicanos 2009-2012

<i>Información de las secretarías de salud locales/2009-2012</i>		<i>Información de las comisiones locales de derechos humanos/2009-2012</i>			
Entidad	Quejas	Quejas	Recomendaciones	Reporte Seguimiento	Cumplimiento
Nayarit	No respondió solicitud de información.	No respondió solicitud de información.			
Nuevo León	56	10	1	1	1
Oaxaca	Se tuvo conocimiento de dos casos presentados en el organismo público de derechos humanos.	5	1	1	1 (Parcialmente)
Puebla	15	15	6	0	0
Querétaro	Información inexistente.	No respondió solicitud de información.			
Quintana Roo	2	SD	3	3	1 (Parcialmente)
San Luis Potosí	No respondió solicitud de información.	No respondió solicitud de información.			
Sinaloa	No competente.	SD	6	SD	SD
Sonora	No respondió solicitud de información.	SD	0	SD	SD
Tabasco	7	SD	7	7	2 (En vías de cumplimiento)
Tamaulipas	No respondió solicitud de información.	No respondió solicitud de información.			
Tlaxcala	162	2	0	0	0
Veracruz	8	SD	12	12	12
Yucatán	No respondió solicitud de información.	No respondió solicitud de información.			
Zacatecas	0	SD	4	4	4

Fuente: Elaboración propia, con base en información Informe de (GIRE, 2015) <https://informe.gire.org.mx/cap4.pdf>

3.3 Tipificación de la Violencia Obstétrica como delito

Ante la realidad que vive las mujeres embarazadas algunos países han buscado estrategias para erradicar la violencia; tal es el caso del Venezuela quien publicó en el año 2007, en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela el término de Violencia Obstétrica, donde se define 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 (p.30).

En esta misma legislación en la sección de delitos se enumeran los actos específicos de este tipo de violencia (Tribunal Superior de Justicia, 2007) los cuales son:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición de litotomía, es decir, acostada boca arriba y con las piernas abiertas y levantadas, habiendo las condiciones para un parto vertical obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada pidiéndole cargarle o amamantarle.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo al usar técnicas de aceleración del mismo o realizar una cesárea existiendo condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.

La necesidad de que exista algún tipo de tipificación respecto a este tipo de violencia, en los estados que no cuentan con alguna ley para proteger a las mujeres víctimas de violencia, es de gran importancia ya que se vulnerando los derechos humanos y al mismo tiempo sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que va de la mano con la problemática de continuar “naturalizando” estas hechos en contra de las mujeres, menoscabando los acuerdos tomados a lo largo del tiempo en convenciones e implementación de legislaciones.

Ante la premisa de que la condición de las mujeres al estar embarazadas, significa la limitación para llevar a cabo las actividades que normalmente desempeñan, donde omisión de los derechos humanos prevalece en las mujeres para decidir la forma en la que da continuidad a su embarazo y el ejercicio de autonomía en el momento de nacer su o sus propios hijos.

El siguiente cuadro 4, muestra los estados donde ya ha sido tipificada la “Violencia Obstétrica”, como transgresión a los derechos humanos, sexuales y reproductivos, además señala en qué parte de la legislación lo establece respectivamente.

Cuadro 4			
Tipificación de Violencia Obstétrica en la República Mexicana			
Lugar	Código	Última reforma	Tipifica Violencia Obstétrica
CDMX	Código Penal Federal	12 marzo 2015	No
Aguascalientes		08 junio 2015	No
Baja California	Código Penal para el Estado de Baja California	23 octubre 2015	No
Baja California Sur	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Baja California Sur	30 noviembre 2014 (no ha tenido más reformas)	No
Campeche	Código Penal del Estado de Campeche	14 septiembre 2015	No
Chiapas	Código Penal para el Estado de Chiapas	21 septiembre 2015	Sí
Chihuahua	Código Penal del Estado de Chihuahua	30 mayo 2015	No
Coahuila	Código Penal del Estado de Coahuila de Zaragoza	13 noviembre 2015	No
Colima	Código Penal para el Estado de Colima	29 septiembre 2015	No
Durango	Código Penal para el Estado de Durango	14 junio 2009	No
Estado de México	Código Penal del Estado de Guanajuato	23 noviembre 2015	No
Guanajuato	Código Penal del estado de Guanajuato	11 septiembre 2015	No
Guerrero	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero	1 agosto 2014 (no ha tenido más reformas)	Prevé la violencia obstétrica del tipo penal de violencia de genero
Hidalgo	Código Penal para el Estado de Hidalgo	10 noviembre 2014	No
Michoacán	Código Penal del Estado de Michoacán	25 septiembre 2015	No
Morelos	Código Penal para el Estado de Morelos	29 abril 2015	No
Nayarit	Código Penal para el Estado de Nayarit	10 octubre 2015	No
Nuevo León	Código Penal para el Estado de Nuevo León	29 octubre 2014	No

Continúa

Lugar	Código	Última reforma	Tipifica Violencia Obstétrica
Oaxaca	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Oaxaca	26 octubre 2015	No
Puebla	Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla	22 octubre 2015	No
Querétaro	Código Penal para el Estado de	8 mayo 2015	No
Quintana Roo	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Quintana Roo	24 julio 2015	No
San Luis Potosí	Código Penal del Estado de San Luis Potosí	5 septiembre 2015	No
Sinaloa	Código Penal del Estado de Sinaloa	25 mayo 2015	No
Sonora	Código Penal para el Estado de Sonora	9 noviembre 2015	No
Tabasco	Código Penal para el Estado de Tabasco	21 febrero 2015	No
Tamaulipas	Código Penal para el Estado de Tamaulipas	13 junio 2015	No
Tlaxcala	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Tlaxcala	18 junio 2015	No
Veracruz	Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio	1 diciembre 2015	Sí
Yucatán	Código Penal del Estado de Yucatán	28 junio 2014	No
Zacatecas	Código penal para el Estado de Zacatecas	1 julio 2015	No
Fuente: Elaboración propia con base en información de Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH C. N., Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdad entre Mujeres y Hombres , 2015)			

Como se puede observar la Violencia Obstétrica no está tipificada en todas las entidades federativas del país, en los estados donde ya se tipifica esta modalidad de violencia, se explica lo siguiente según sus códigos penales:

Para el caso la tipificación en el estado de Chiapas, en el código penal expresa de su libro segundo, en la parte especial reformada su denominación, 24 de diciembre del año 2014, del Título primero sobre Delitos contra la vida, la integridad corporal, la dignidad humana de las mujeres y contra el derecho a una vida libre de violencia, capítulo VII, párrafo tercero de Violencia Obstétrica, el artículo 183 explica: Comete el delito de Violencia Obstétrica, el que se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

En la tabla 3 “Tipos y sanciones por el delito de Violencia Obstétrica” muestra una comparación de los estado de Chiapas, Guerrero y Veracruz con base al Código Penal, específicamente la sanción a quien incurra en el delito de Violencia obstétrica.

Tabla 3

“Tipos y sanciones por el delito de Violencia Obstétrica”

Código Penal para el estado de Chiapas (Art.183)		Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero no. 499 (Art. 202-203)		Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. (Art.363)	
Tipo	Penalidad	Tipo	Penalidad	Tipo	Penalidad
I. Omite la atención oportuna y eficaz	Sanción de uno a tres años de prisión.	Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio.	Impondrá de dos a ocho años de prisión Multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo. Aplicara: medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas conforme a los programas establecidos al efecto.	I. No ser atendida de manera oportuna y eficaz	<i>Fracciones I,II,III y IV:</i> Se impondrán de tres a seis años de prisión Multa de hasta trescientos días de salario
II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre.	Suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño.	Alteración de los procesos reproductivos		II. Alteraciones en el proceso natural de parto sin el consentimiento o informado	<i>Fracciones IV y V:</i> Prisión de seis meses a tres años Multa de hasta doscientos días de salario.
III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo				III. Parto por vía de cesárea sin consentimiento o voluntario	<i>Servidor público:</i> Se aplicará las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.
IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.				IV. Acoso o presión psicológica.	Aplicara: medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas conforme a los programas establecidos.
				V. Obstaculización para que la madre tenga cercanía con él bebe.	

Fuente: Elaboración propia, con base en la información a los códigos correspondientes a los estados de Chiapas, Guerrero y Veracruz.

A continuación se explica a detalle la tabla anterior, al responsable del delito de Violencia Obstétrica, se le impondrá la sanción de uno a tres años de prisión y hasta doscientos días de multa, así como suspensión de la profesión, cargo u oficio, por un término igual al de la pena privativa de libertad impuesta, y el pago de la reparación integral del daño. Se equipara a la Violencia Obstétrica y se sancionará con las mismas penas a quien:

I. Omite la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.

II. Obstaculice el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

III. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

IV. Practique una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

En el caso del Estado de Guerrero, en su código penal para el estado libre y soberano de Guerrero, no. 499 establece: Delitos cometidos en contra de un integrante de la familia y delitos por discriminación contra la dignidad de las personas

En su capítulo II sobre Violencia de género, bajo el artículo 202. Violencia de género, expone: Se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas.

En el artículo 203. Bajo las definiciones suscribe que para los efectos de este delito se entenderá por:

III. Violencia Obstétrica: Acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;

Mientras que en el artículo 204. Con relación a las medidas reeducativas, enuncia: Al sujeto activo de los delitos considerados en este capítulo, se le aplicarán, además, medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas, conforme a los programas establecidos al efecto.

Semejante a Chiapas, en el código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz, en el título XXI, sobre delitos de violencia de género, en su capítulo III de Violencia Obstétrica, artículo 363, expresa lo siguiente: Comete este delito el personal de salud que:

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

Por lo que a quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV, se le impondrán de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Agregando que si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Es importante mencionar que el día 2 de abril de 2010, se agregó el capítulo VIII, de Disposiciones comunes para los delitos de violencia de género, el artículo 369, entendiéndose:

III. Violencia Obstétrica: Acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos [...]

Además del artículo 370, donde refiere que: al sujeto activo de los delitos considerados en este Título, se le aplicarán medidas reeducativas, integrales, especializadas y gratuitas, conforme a los programas establecidos por el Sistema Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en el lugar y por el tiempo que la autoridad jurisdiccional indique. Estas medidas reeducativas tienen por objeto eliminar los estereotipos de supremacía de género y los patrones de conducta machistas y misóginos, que generaron la conducta delictiva.

Dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición con motivos de la iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código:

[...] al revisar la Ley de Acceso podrán encontrarse en disposiciones legales que definieron diversos tipos y modalidades de violencia a que son sometidas las mujeres; no debe soslayarse que la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia también posee una arista que ordena adoptar medidas suficientes para sancionar estos actos de violencia, y por esto es necesario realizar un esfuerzo para que algunos de esos tipos y modalidades de violencia se tipifiquen en el ordenamiento penal [...] (Gaceta Legislativa del Congreso del Estado de Veracruz, 2008).

Tal como fue reformado, el artículo 363 establece que al cometer el delito de Violencia Obstétrica el personal de salud, deberá tener presente que:

[...] si el sujeto activo del delito fuere servidor público, se le impondrá la destitución e inhabilitación hasta por dos años para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

En consideración a este mismo ámbito el 6 de enero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la que se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (NOM 007) que busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, se plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida en el año 2015 publicó un informe, donde mencionó la solicitud que realizó tanto a nivel federal como local, información sobre las sanciones derivadas de las quejas hacia las instituciones de salud pública. En todos los casos, se argumentó falta de competencia por parte de las secretarías de salud y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para tomar medidas de este tipo. En suma, de los datos obtenidos GIRE concluye que no existen personas sancionadas por hechos de Violencia Obstétrica por lo que refiere lo siguiente: “la respuesta es que desde marzo de 2012 (fecha en que la reforma entró en vigor) no se tiene registro de ningún hecho relacionado. Esto pone de manifiesto que la existencia de un tipo penal de Violencia Obstétrica plantea desafíos en su persecución y que al menos en Veracruz no está siendo aplicado” (GIRE, 2015, pág. 127).

Conviene subrayar que Venezuela fue el primer país en América Latina que comenzó a utilizar el término de “Violencia Obstétrica” a partir de la aprobación de la “Ley Orgánica sobre el Derecho a la Mujeres a una Vida Libre de Violencia” en el año 2007, y que en el año 2014 fue reformada mediante la Gaceta Oficial N° 40.548, por lo que queda claramente establecido en el artículo 14, numeral 13 que esta forma de violencia significa: “[...] 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 en los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Asamblea Nacional Caracas Venezuela, 2014).

El caso de México ocurrió sucesivamente después de Venezuela, aunque debe agregarse que lamentablemente esto no sucedió a nivel nacional, es decir, solo se reconoció la existencia y por ende la utilización del término “Violencia Obstétrica” en los estados de Durango (2007), Veracruz (2008), Guanajuato (2010) y Chiapas (2012).

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se encarga de atender y dar respuesta a las numerosas quejas, además de sancionar a aquellas personas transgresoras de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Con relación a esto, CONAMED informó que entre el año 2009 y 2011 han sido incluidas 17 investigaciones sobre quejas, en casos de la atención ginecológica y obstétrica en las que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia las mujeres (Villanueva-Egan, 2010).

Entre el colectivo de mujeres durante el proceso de embarazo existen denuncias con características similares (Medina, 2009) como las siguientes:

- a) La negación de información a la mujer usuaria, sobre los procedimientos médicos empleados en el proceso de parto.
- b) Prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres atendidas (privación del movimiento, comida, etc.)
- c) La realización de cesáreas e intervenciones que ponen en riesgo a las mujeres.
- d) Rutinas hospitalarias suministrando sedantes o posiciones incómodas.

3.3.1 Violencia Obstétrica una situación de Hidalgo

El relato de una mujer hidalguense, pionera en el movimiento feminista para el estado de Hidalgo, muestra la lucha que ella vivió al ser víctima de Violencia Obstétrica. En el libro “Justicia para Carmen” en sus propias palabras ella dice “me llamo Carmen Rincón y fui víctima de la negligencia médica. Mataron a mi hija porque me atendieron mal durante mi parto y me dejaron estéril” (Hernández & Rincón, 2016). Este tipo de violencia de género donde el área médica ejerce poder sobre el cuerpo de las mujeres permite visualizar que no basta con prevenir y sancionar estas acciones, si no atender las evidencias que se muestran de Violencia Obstétrica y no conformarse con un contexto de resignación, ante la pérdida.

Esta mujer descubre que tenía que hablar, ella lo refiere así “su color ya delataba mi luto. Su silencio me traspasó el alma. Su silencio me hizo levantar la voz” (Hernández & Rincón, 2016), para ser escuchada es importante denunciar este tipo de acciones, donde las mujeres no se conviertan en objetos de opresión sino en seres empoderados, con la capacidad de decidir sobre su cuerpo, Carmen menciona que “no hay final feliz, pero pues si creo que podemos ir paliando y modificando este tipo de tragedias y violencias como las que yo viví” (Hernández & Rincón, 2016).

Ante esta realidad es importante analizar la situación jurídica en la que se encuentra Hidalgo permite conocer la problemática de Violencia Obstétrica, en la que se ha intervenido oportunamente para prevenir y erradicar, aunando que existe una demanda en los espacios de primero, segundo y tercer nivel en donde las mujeres recurren para recibir un servicio médico y en estos casos continúan prevaleciendo la violencia, por lo tanto es necesario hablar de ello, a continuación se presenta la recomendación presentada por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) a Hidalgo donde se puntualiza la Violencia Obstétrica como tema de interés.

La CNDH emitió una recomendación No.56/2016 a Hidalgo sobre el caso de violaciones a los derechos a la protección de la salud, el consentimiento informado, Violencia Obstétrica, así como a la libertad y autonomía reproductiva en agravio de V1 y a la vida en agravio de V2; en el Hospital Integral de Pahuatlán de Valle, Puebla y en el Hospital General de Tulancingo, Hidalgo, dependientes de la Secretaría de Salud de cada entidad federativa (CNDH, 2016). Es necesario recalcar que con el propósito de analizar este tipo de violencia contra las mujeres, se ha retomado la recomendación mencionada anteriormente, a la letra expresa:

1.- El 18 de septiembre de 2015 Q presentó una queja ante esta Comisión Nacional, en la que manifestó que el día 6 de septiembre de 2015, V1, mujer indígena náhuatl de 21 años de edad, originaria de Zacapehuaya, Pahuatlán, Puebla, aproximadamente a las 21:00 horas, acudió al Hospital Integral de Pahuatlán de Valle (Hospital Integral de Puebla), dependiente de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, ya que su bebé *“estaba por nacer”*; lugar en el que fue atendida por SP1, quien señaló que debía ser conducida a otro hospital, toda vez que no contaban con “ginecólogo, anestesiólogo ni pediatra”, por lo que indicó su traslado al Hospital General de Huauchinango, el cual no se realizó porque la ambulancia no tenía gasolina ni había chofer.

2.- Q agregó que V1 está perdiendo “mucho líquido, rompiéndose la fuente” y por así convenir a sus familiares, decidieron llevarla al Hospital General de Tulancingo, dependiente de la Secretaría de Salud de Hidalgo (Hospital General de Hidalgo), sitio en el que fue internada el 7 de septiembre del citado año. Ese mismo día V1 fue ingresada al quirófano, obteniendo a V2, quien por la inadecuada vigilancia y dilatación en la resolución obstétrica por parte del personal médico del Hospital General de Hidalgo, tuvo complicaciones que produjeron una inestabilidad a nivel cardio respiratorio, lo que dio como resultado la pérdida de la vida de V2.

3.- Q agregó que no es el único caso que se ha suscitado en el Hospital Integral de Puebla, ya que debido a la falta de atención oportuna, PA también perdió al producto de la gestación.

4.- Por lo anterior, el 15 de octubre de 2015 esta Comisión Nacional determinó ejercer la facultad de atracción, considerando la especial gravedad de ambos asuntos, por tratarse de una presunta falta de atención médica oportuna a dos mujeres embarazadas, que derivaron en la pérdida de los productos de la gestación; solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos a Servicios de Salud de los Estados de Puebla e Hidalgo; asimismo, se realizaron las diligencias tendientes al esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación. Al respecto, el 7 de abril de 2016 un médico de este Organismo Nacional realizó una opinión médica en la que concluyó que del análisis de las constancias que integran el expediente clínico de PA, no se advierte responsabilidad alguna de los médicos que intervinieron en la atención médica brindada, por lo que si bien el expediente se inició con motivo del caso de V1 y PA, la presente Recomendación versará únicamente sobre los hechos relacionados con V1, ya que la atención médica proporcionada a PA fue adecuada.

Esta recomendación constituye una serie de transgresiones en los derechos humanos, a continuación se da una explicación sobre dicha omisión:

1. Derecho a la protección de la salud

Es importante considerar que “el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad (CNDH, 2009)”. Y determinar que “el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho

básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 2007, pág. 1)”, es por ello que el “deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas” (Cómision Interamericana de Derechos Humanos, 2010, pág. 5).

2. Derecho a la vida

Se reitera que “los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), -como el derecho a la protección de la salud- tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales –como el derecho a la vida” (Cómision Interamericana de Derechos Humanos, 2010).

3. Derecho al consentimiento informado en servicios de anticoncepción.

El consentimiento informado constituye “una expresión fundamental de la relación médico-paciente comprensiva, en tanto exista el respeto irrestricto a la autonomía y a la responsabilidad de ofrecer información completa por parte del médico al paciente”. “Las autoridades estatales tienen la obligación de garantizar el acceso a la información completa, oportuna y adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos” (Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2004).

4. Derecho a una vida libre de violencia en la modalidad de Violencia Obstétrica.

En relación con el derecho de las Mujeres A Vivir Una Vida Libre De Violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, la responsabilidad del Estado para “la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres”;

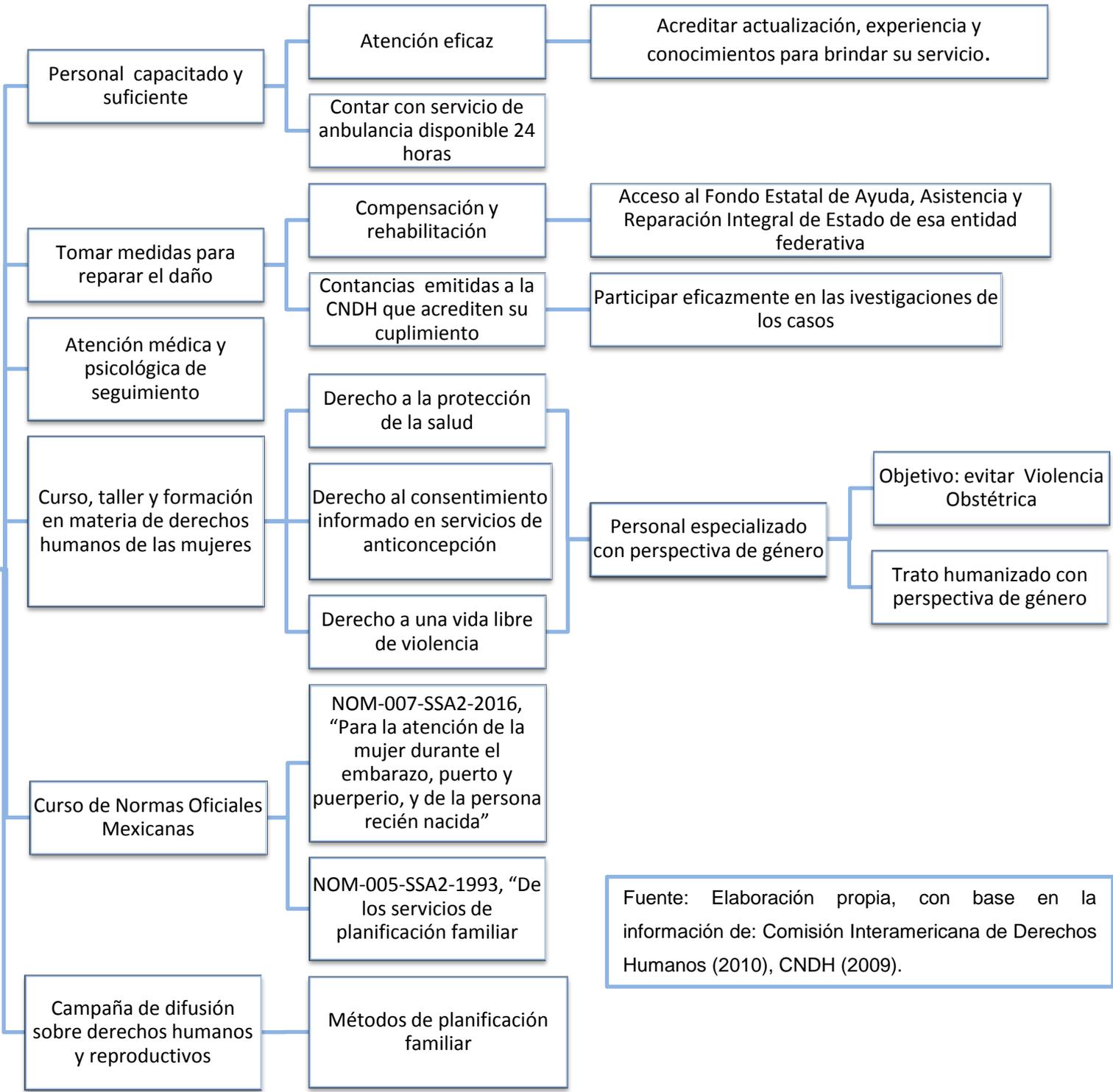
“brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”. El artículo 51° de la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela” determina que los siguientes actos emitidos por personal del sector salud serán considerados como Violencia Obstétrica:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supinal con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño (a) con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo (a) o amamantarlo (a) inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del proceso de parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

5. Derecho a la libertad y autonomía reproductiva.

Este derecho se encuentra previsto en el artículo 4° de la Constitución al decir: “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Por su parte el artículo 16, inciso e), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece que el Estado debe asegurar en condiciones de igualdad “los derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. La CNDH realiza un conjunto de recomendaciones a los gobernadores en los que se indica lo siguiente

RECOMENDACIONES



El derecho a la información se encuentra protegido en el artículo 6 de la Constitución —recientemente reformado— según el cual “Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión”, además de tratados internacionales de los que México es parte como el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos los cuales, con base en el artículo 1º constitucional, hacen parte del ordenamiento constitucional. Para que este derecho se cumpla en relación con los métodos anticonceptivos, las personas deben de tener acceso a información veraz, objetiva, imparcial y libre de prejuicios acerca de las opciones anticonceptivas que tienen. Además, dicha información debe ser proporcionada en un lenguaje adecuado y comprensible, así como en un ambiente libre de presiones y coerción.

Al analizar los acuerdos tomados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), es posible reconocer aspectos positivos que ha tenido el gobierno de México a partir de los años ochenta y en el que ha recibido recomendaciones, el país ha dado seguimiento, un ejemplo de ello es la adopción de la Ley General de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el años 2007, además estableció el Sistema Nacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres para promover acciones interinstitucionales coordinadas en materia de violencia contra las Mujeres; no obstante radica una constante preocupación en la obligación que tiene el Estado de aplicar sistemáticamente y constantemente las disposiciones tomadas en la Convención, las cuales tienen que ver con investigar, enjuiciar y sancionar oportunamente los casos de denuncia de las mujeres que han experimentado casos de Violencia Obstétrica, así como impartir mayor capacitación en materia de derechos humanos, a todas aquellas personas que participan en materia de atención de salud, y que por otro lado, exista capacitación con relación a la ciudadanía de las mujeres, para que exista un mayor ejercicio de derechos humanos y reproductivos, así como su difusión.

Capítulo 4 “Experiencias y resistencias ante la Violencia Obstétrica”

“No se nace como mujeres si no que se le hace mujeres”

Simone de Beavoir

A continuación se presentan los resultados de la investigación divididos en los diferentes tipos de Violencia; verbales, físicos, psicológicos, obstétricos y partería esta división es realizada con fines prácticos para su análisis, refiero las entrevistas semiestructuradas donde muestro los distintos tipos de violencia durante su proceso de atención de su embarazo donde se describe las vivencias subjetivas del parto.

4.1 Características de las participantes

En el cuadro 5, muestra los datos generales de las 16 mujeres entrevistadas, utilizando nombres distintos para mantener la confidencialidad de sus datos personales (Anexo 2). Describiendo los datos sociodemográficos de las participantes, así como también información del inicio de su vida sexual reproductiva, número de embarazos y número de hijos vivos/muertos. Mostrando un panorama general, que permitió un análisis más completo de cada entrevistada.

Cuadro 5
Datos generales

	1.-Laura	2.-Gloria	3.- Nelly	4.Fátima	5.-María	6.-Blanca	7.-Silvia
Edad	30 años	30 años	19 años	23 años	43 años	58 años	33 años
Originaria	Estado de México	Estado de México	Ciudad de México	Estado de México	Estado de México	D.F	Estado de Veracruz
Municipio y colonia donde radica	Tizayuca Huicalco	Temascalapa Barrio de la Cruz	Temascalapa San Luis	Tizayuca Florencia	Temascalapa Barrio de la Cruz	Tizayuca, Pedregal	Tizayuca Nacozari
Tiempo de radicar en ese lugar	1 año, 4 meses	14 años	4 años	7 meses	40 años	36 años	10 años
Escolaridad	Maestría	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Preparatoria	Técnica en enfermería
Ocupación	Bióloga marina	Ama de casa	No labora	Ama de casa Herrería (espos)	Trabajadora doméstica	Trabajadora del municipio	Ama de casa Negocio de ropa
Estado civil actual	Soltera	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Viuda	Soltera	Casada
Tiempo	1 año 4 meses	14 años	3 años	4 años	3 meses	18 años	16 años
Religión	Creyente	Católica	Ninguna	Creyente	Católica	Ninguna (Cristiana)	Creyentes
Tipo de seguro médico	ISSSTE	Seguro Popular	IMSS	Ninguno (antes Seguro Popular)	Seguro Popular	Seguro Popular	ISSSTE
Padece alguna enfermedad crónica degenerativa	No	No	No	No	NO	No	No
Edad de inicio en la vida sexual activa	17 años	15 años	12 años	15 años	19 años	21 años	17 años
Número de embarazos	1	3	1	3	2	3	4
Número de hijos vivos	1	2	0	2	2	2	2
Número de hijos muertos	0	1	1	1	0	1	2
Cantidad de personas con las que vive	2	3	1	3	2	2	3

Fuente: Elaboración propia. Con base a las entrevistas realizadas entre Junio-Julio 2018
Continúa.

Cuadro 5: Datos generales

	8.-Angelica	9.-Monica	10.-Olivia	11.-Rosa	12.-Angela	13.-Rosario	14.-Mariana	15.-Nalley	16.-Carmen
Edad	25 años	18 años	32 años	20 años	28 años	19 años	26 años	19 años	23 años
Originaria	Estado de México	Estado de México	Estado de México	Estado de México	Estado de México	Estado de México	Estado de Hidalgo	Estado de México	Estado de México
Municipio y colonia donde radica	Temascalapa	Temascalapa Barrio de la Cruz	Temascalapa San Luis	Tizayuca Haciendas	Temascalapa Barrio de la Cruz	Tizayuca, Nacozari	Tizayuca Nacozari	Tizayuca	Temascalapa
Tiempo de radicar en ese lugar	12 años	18 años	5 años	20 años	25 años	19 años	10 años	13 años	20 años
Escolaridad	Secundaria	Secundaria	Cultura de belleza	Secundaria	Preparatoria trunca	Preparatoria	Técnica en enfermería	Secundaria	Estudios Universitarios
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Vendedora de catalogo	Asistente telefónica.	Trabajadora domestica	Promotora de ventas	Ama de casa	Ama de casa	Contadora
Estado civil actual	Soltera	Unión libre	Soltera	Unión libre	Casada	Soltera	Casada	Unión libre	Casada
Tiempo	2 años	1 año	5 años 2 meses	1 año 6 meses	4 años	3 años	5 años	10 meses	3 años
Religión	Católica	Católica	Creyente	Creyente	Cristiana	Católica	Creyente	Católica	Católica
Tipo de seguro médico	Seguro Popular	Ninguno	Seguro Popular	Ninguno	Seguro Popular	Seguro Popular	ISSSTE	IMSS	ISSSTE
Enfermedad crónica degenerativa	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Edad de inicio en la vida sexual activa	16 años	16 años	17 años	15 años	19 años	17 años	19 años	17 años	18 años
Número de embarazos	2	1	1	2	3	1	2	1	1
Número de hijos vivos	1	1	0	2	2	0	2	0	1
Número de hijos muertos	1	0	1	0	0	1	0	1	0
Cantidad de personas con las que vive	4	6	3	4	5	2	4	2	3

Fuente: Elaboración propia. Con base a las entrevistas realizadas entre Junio-Julio 2018

4.2 Violencia Verbal

En esta categoría de análisis, la forma de Violencia Verbal fue recibida en las entrevistadas con un trato grosero y las vivencias reflejan una relación de control muy evidente en la que el personal de salud ejerce el poder en el saber por lo que las mujeres solo han de someterse y aceptar sin preguntar y por lo tanto sin decidir sobre su proceso. Una de las participantes relata:

“los doctores no me lo querían dar....(llanto) entonces les digo que lo quiero ver porque va a ser la primera y última vez que iba a ver a mi hijo y me dijeron que si me dijo un doctor hay señora y para que lo quiere ver es igual no lo va a volver a ver nunca y dije usted a lo suyo y yo a lo mío entonces veo al bebé mmm todo su cuerpecito frio y pues no me quedé sin habla me quede sentí que todo el mundo se fue ese momento” (Participante 4.-Fátima).

Indicando la entrevistada no tiene ni voz en poder tener contacto con su hijo; esta situación que vivió la entrevistada se dio a partir de que no la quisieron atender cuando ella acude a la institución ignorando su petición para recibir atención médica, enviándola a otra y por la escasez de camillas regresa a dicho espacio donde se prolongó el tiempo para su intervención provocando la muerte del bebé. En otro caso se muestra como el poder de la palabra de un médico sobrepasa a lo que las mujeres sienten respecto a su cuerpo, invisibilizan sus decesos, y no aceptando el conocimiento de su cuerpo y proceso sometiéndola a una indicación impuesta por el médico, El médico ignora la solicitud de la paciente, e incluso no pregunta si autoriza realizarle una cesárea, permitiendo que decidan por ella otra persona, y no fue notificada, tal como lo dice otra entrevistada:

“La negligencia de mi segundo embarazo es que eee mi niño venía muy grande pesó casi 4 kilos y yo era muy flaquita en ese entonces y a la hora del parto salió como no estaba mi esposo para variar, aja, él me llevó pero se fue y me dijo con su mamá y cuando salió el médico para que la señora firme la cesárea la señora dijo que no, no quiso autorizar la cesárea y el médico no tuvo la capacidad de resolver y me

hicieron que mi niño naciera en parto natural y nos estábamos muriendo los dos mm porque yo tuve desgarre por dentro por fuera por todos lados tuve desgarre aja y en último momento ya no podía respirar me dieron dos infartos de tanto que me estuvieron haciendo nace la cabeza del niño y se cerró totalmente, el niño nació todo morado aja a porque era muy gordo y tenía los hombros muy anchos y no cabía” (Participante 6.- Blanca).

Pareciera que en estos espacios la dinámica de los profesionistas es emitir prejuicios hacia las mujeres son mal tratadas con comentarios groseros, deshumanizados al no tratarlas por su nombre, tal como lo dijo la participante 10.- Olivia **“son como una vacas con sus gritos”**, estas experiencias habla de las diversas situaciones de vulnerabilidad por su condición de género y que solo es vista como un paciente más. Las participantes expresan el que no le hayan realizado algún procedimiento necesario y que tomaron decisiones sin brindar alguna explicación concreta **“él estaba viendo que era una necesidad de hacer cesárea, bueno no autoriza, cuando llega mi esposo sabe que yo estaba en riesgo el niño también, el doctor tuvo que hacer una cesárea y se acabó”** (Participante 6.- Blanca).

En el mismo sentido diversos miembros del personal son identificados/as como personas groseras, por ejemplo, las enfermeras. Una de las participantes se refiere a ellas de la siguiente manera: **“son muy frías. Sí son groseras no sé cómo son enfermeras si no tienen la vocación”** (Participante 1.- Laura) que muestra su molestia y amenaza en no brindarle la atención correspondiente a las mujeres señalando lo siguiente:

“es una mierda esto que hacen las enfermeras y no quisiera que la gente lo pasara, defender a sus hijos aunque aún no lo tengan afuera, si ven algo raro mejor salir corriendo de ese hospital o pedir su alta aunque te dicen si quieres tu alta nosotros no nos hacemos responsables de lo que te pueda llegar a pasar en el camino” (Paciente 4.- Fátima).

La molestia evidente ante las peticiones a las usuarias para apoyarlas en vestirse, suelen ser mayores cuando existe la queja y los del personal reaccionan de forma violenta con comentarios como **“ay pues si quieres que te la ponga, si no pues pónitela tú, porque así como estás tú, tengo más parturientes que si cooperan”** (Participante 16.- Carmen).

En otras ocasiones, este tipo de trato se expresa en forma de regaños, prohibiéndoles manifestarse ante su sentir, específicamente en callar los gritos con expresiones como **“Ay ya cálese ni que la estuvieran golpeando, aguántese”** (Participante 12.-Angela). Otra forma de regaño se refleja en el desconocimiento del sentir de las mujeres priorizando en tiempos hospitalarios, no permitiéndoles un tiempo considerable para su aseo personal, **“que no puede bañarse, ya se tardó y hay que ponerle el suero”** (Participante 11.- Rosa).

Aunque completamente no es culpa de las enfermeras o médicos pues se encuentran sometidos a largas jornadas de trabajo en un ambiente de estrés, no obstante no es motivo que tuviese para actuar así, no es justificable tratar de tal modo a otro persona menos aun cuando ellos son quien brindan un servicio donde su reglamento los rige de realizar lo calidad y calidez ante las mujeres que ejercen su sexualidad aquellas jóvenes son criticadas por no tener un control prenatal durante su embarazo por ejemplo la participante 3.-Nelly **“ojalá con esto que te paso, no te vuelva a ver y no vuelvas a meter las patas, que no ves, estás muy chica”**. Estas expresiones buscan el control de la sexualidad, donde las mujeres no tienen derecho al placer, y que la sexualidad es igual a la reproducción y al mismo tiempo se trata a las madres adolescentes como niñas, hablándoles de un modo enfatizado reafirmando la relación de poder al obligarlas en la decisión de utilizar o no un método anticonceptivo **“chiquita se te va a poner el DIU para que no sigas matando niños”** (Participante 15.- Nalley), siendo juzgada, denigrada, no permitiéndole que ella decida.

Los estereotipos de género también en las mujeres con estudios universitarios prevalece **“en el momento que ingresó un médico me dice con tanto estudio**

y no se había dado cuenta que estaba embarazada ni con lo bonita la va a librar de que sea cesárea” (Participante 1.-Laura) demuestra como los prejuicios prevalecen en estos espacios.

4.3 Violencia Física

En la categoría de análisis anterior se describe como la violencia tienen relación con las actitudes, acciones y la forma de dirigirse con las usuarias por parte de personal, en otras ocasiones llega a ser física violentando la integridad de las mujeres y del bebé, como es el caso de la participante 6.- Blanca ***“me tuvieron que hacer una reconstrucción vaginal, me costaba ir al baño era muy doloroso y todo por no autorizar la cesárea”***. Ocurrieron también otras Violencias por el hecho de no ser tratadas de forma cuidadosa durante el parto ***“me cocieron mal, y en mi segundo embarazo me la tuvieron que acomodar, yo sentía una bolita que me dolía”*** (Participante 5.-María).

En otra de la entrevista relata como un mal diagnóstico generó la pérdida de su bebé

“mm si vine y me atendieron y me hicieron un ultrasonido y demás y me dijeron que lo que pasa es que el conducto se había abierto y que por eso estaba sangrando pero ya llevaba muchos días sangrando y me dieron unas pastillas porque lo único que me dieron fue porque yo tenía infección en las vías urinarias pero no me dieron nada para el sangrado y continué así hasta que regresé y ya lo había arrojado al ir al baño, ellos lo mataron” (Paciente 2 Gloria).

Y no solo este problema se presentó sino también el que no haya espacios o equipo para atender a las pacientes quienes refieren ***“no había ni camillas, las llaves no las tenían para pasarme con el aparato que hace los ultrasonidos y se me pasó el parto”*** (Participante 7.- Silvia).

Estas acciones son imposibles ignorar y no reconocer como violencias es sorprendente que estas situaciones forman parte de una realidad cotidiana en la atención de las mujeres en los espacios públicos y privados haciendo el embarazo

y el parto un proceso de miedo y que muchas tengan que sobrevivir y no vivir esta etapa natural del cuerpo. La existencia del biopoder en estos sucesos depende mucho la experiencia que cada una de mujeres refiere y que no llega a ser reconocido como violencia por las mujeres **“no importa lo que pase mientras mi hijo este bien aunque tenga que padecer”** (Participante 13.- Rosario) dando todo por amor, tolerando violencia, ocupando las rutinas médicas negligentes como algo que se tiene que pasar y aceptándolas bajo la premisa de es un proceso necesario para salvaguardar su integridad física y la vida de su bebé.

Debido a que gran cantidad de los hospitales públicos funcionan como hospitales-escuela, se encuentran en ellos una gran cantidad de practicantes. Dejando de lado la necesidad de que los hospitales funcionen de esa manera para la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud, el hecho puede resultar muy problemático para las mujeres que son atendidas en esos lugares, pues la atención es brindada por personas sin experiencia que llegan a cometer errores que perjudican su salud y bienestar.

Por ejemplo, al ser hospitales-escuela, en muchas ocasiones la prioridad de los/as obstetras es enseñar a los/as residentes, ignoran la situación de la paciente, generando descuidos, como los narrados por esta participante: **“le expliqué que era cesárea y me mandó a caminar para que dilatara y cuando “se me dio”, cuenta que no dilataba más me metió a quirófano y mi hijo ya se estaba asfixiando con el cordón umbilical”** (Participante 14.-Mariana).

Por otro lado, es comprensible que los/as estudiantes aún no hayan desarrollado las habilidades necesarias para hacer las cosas de manera correcta, pero las mujeres no son modelos anatómicos para que practiquen, son personas a las que les duelen sus errores, sobre todo si estos son demasiados: **“yo sentía que ya no podía más, no me gustaría ser mamá nuevamente fue mucho dolor, quería ya sacarlo yo misma”** (Participante 14.-Mariana).

4.4 Violencia Psicológica

Es preciso reflexionar que en las entrevistas al preguntarles que respondiste ante lo que estaba viviendo, muchas de ellas se mostraban pasivas a la violencia, algunas de ellas predominaba el miedo a que ya no las atendieran como lo dice la autora Marcela Lagarde viven en un cautiverio donde creen que eso deberían de estar pasando (Lagarde, 2005) buscando resistir a algo por obtener otra y que la forma de actuar debería ser un cambio ejerciendo el derecho a la libre expresión, recibir un trato humanizado se ha desvirtuado (Foucault, 1986), las mujeres dentro de los hospitales sus posibilidades de apoyo, es decir, sus familiares o amistades son limitadas o nulas, por lo que son aisladas, **“desde que entré no supe de mi familia y como no preparé nada no llevaba mi ropa para bañarme”** (Participante 10.-Olivia) y aceptan todo sin quejarse, además que sigue existiendo una invisibilización de dichas violencias, tanto por parte del personal de salud como de las mismas mujeres y al no identificar este tipo de violencia. Existen condiciones que ponen a algunas mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad que otras, de modo que se pueden enfrentar a varios de estos tipos de violencias, como lo es la edad, al situación económica, como lo he descrito en las experiencias de otras mujeres.

4.5 Violencia Obstétrica Perspectiva de género y biopoder

Es imposible abordar el tema de la violencia obstétrica si no es desde una perspectiva feminista, pues sólo desde el Feminismo es posible vislumbrar esos puntos ciegos que quedan desde la profesión médica y su discurso (Castro R. y., 2014), un enfoque de género permitirá dar cuenta de que esas prácticas, actitudes, tradiciones, etc., donde la V.O se basa en la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, en la cual ellas ocupan una posición de subordinación respecto a ellos. Esta desigualdad se encuentra en todos los niveles de la sociedad, y sin embargo, es invisible y tomada como un orden natural, hecho que impide que se problematice este fenómeno, y por ende, que surjan esfuerzos importantes para lograr un cambio. A través de las instituciones de salud se reproduce constantemente el mismo orden social machista, bajo el cual las mujeres deben ser obedientes y sumisas ante las órdenes y el control del personal.

Al mismo tiempo, la pareja de las mujeres no puede acceder a la sala, quedando excluida de los cuidados de su hijo o hija, reproduciendo así más prejuicios, como el del padre ausente, considerando y reproduciendo la idea de que la maternidad es el destino primordial de las mujeres y que tienen que acceder a ella a través del sufrimiento y abnegación es por ello que el dolor durante el parto es una exigencia como una buena madre (Lagarde, 2005) cuando la realidad es que no es una obligación sino un modelo específico que socialmente se debe de seguir como enseñanza arraigada da la sociedad como refiere Arguedas (2014) de la autora Adrienne Rich menciona lo siguiente:

“La apropiación de los cuerpos y psiques de las mujeres mediante un proceso histórico de esclavitud, es el eje de la acción patriarcal que instaura a la maternidad como único elemento de valoración social de lo femenino. Del amor materno en la cultura hebrea, se pasó luego a la idealización de la maternidad en la cultura greco-romana tardía y, más tarde, en la Edad Media, surgió el mito de la virgen madre, que simboliza la máxima forma de

glorificación de la maternidad como institución social (Arguedas, 2014, págs. 155-180).

Y una de las respuestas de la entrevistada fue ***“en estos momentos como yo lo veo es como un sacrificio ya ahorita ya no quisiera tener después de esa experiencia...Implica muchas cosas como mujer, al menos en mi caso fue lo que yo viví ya arruinaste tu vida ya valió, no vas a estudiar, no vas a salir, implica muchas cosas que ya realmente ya no quisiera”*** (Participante 14.-Mariana).

Es evidente la influencia de la ideología judeo-cristiana determinando el ideal de las mujeres la maternidad siendo el logro de la feminidad y un modelo de comportamiento, los asuntos de la sexualidad las mujeres son objeto de placer para el hombre, dejándole el poder de la decisión sobre la reproducción. Considerando que la perspectiva de género permite mirar la cultura como el medio en el que se delimitan los roles propios de cada sexo, a lo largo de los años se ha simbolizado la repartición de las características humanas; poniéndose en práctica una doble moral aplicado a la sexualidad en donde la mujer debe de ser una persona decente a partir de la educación

Bajo esta visión los cuerpos de las mujeres son fábricas de bebés, vistas como objeto del otro y estas ideas han perpetuado generándose mecanismos de control reiterándolo en el proceso de la atención del embarazo.

El hecho de que la mayor parte de las prácticas mencionadas, pese a que no se encuentran justificadas por evidencia científica, ni por las recomendaciones nacionales ni internacionales para la atención del parto, e incluso están contraindicadas, se sigan realizando con tal frecuencia, puede deberse a que, en general, esas conductas se transmiten entre las y los médicos en la práctica y son asumidas como verdaderas y necesarias, sin cuestionar su validez. Este mismo hecho dificulta el cambio y la

desaparición de prácticas que se han probado innecesarias y hasta dañinas desde hace varias décadas (Cobo, 2016).

Por otro lado la naturalización de la violencia gineco-obstétrica, y da lugar a lo que Castrillo (2016, pág 43-68) llama “violencias invisibles”, las cuales se deben a tres motivos principales:

1. La ausencia de testigos que puedan constatar la agresión, pues en las salas de partos las mujeres se encuentran solas ante la prohibición de que ingrese algún acompañante en las salas, solo existen las mujeres, víctimas de la violencia y el personal de salud, ejecutores;
2. La violencia es resultado de relaciones asimétricas de poder que se encuentran normalizadas, como la que se da entre los médicos y las mujeres, relación sustentadas en el saber-poder que socialmente se atribuye a la medicina y la subordinación que socialmente se atribuye a las mujeres;
3. La violencia simbólica, bajo la cual no solo el médico ejerce su dominio y su poder sobre la mujer, sino que ésta última se somete y acepta los tratamientos, en parte porque es convencida de que se realizan por su bien, pero más importante por el temor a las represalias o por la culpabilidad que le generan por no aceptar la violencia, y todo esto se ve reforzado por la complicidad existente entre el personal, que termina por revictimizar a la mujer que pide ayuda.

Más evidencia de la naturalización de estas prácticas puede verse en el lenguaje usado en las salas de parto, donde se habla una jerga construida que refleja cómo las prácticas de VGO son parte de la cotidianidad en los

hospitales. Fernández (2015) enlista algunas de estas frases usadas en España, pero no resultan extrañas en países como el nuestro:

- “Limpiar la guardia”. Se refiere a acelerar los partos mediante fármacos, o realizar cesáreas únicamente con el fin de que ningún nacimiento ocurra durante la noche, “arruinando” el descanso nocturno del personal de guardia o para dejar la guardia libre para urgencias que pudieran llegar.
- “Parir a la mujer”, “hacerle el parto”. Describe un común diálogo entre médicos que pudiera mencionar frases como: “¿a esta, la pares tú o la paro yo?”, “¿La parimos ahora o más tarde?”, todas ellas reflejando que no es la mujer la protagonista, “no es algo que ella hace, sino que “se le hace”.
- “El punto del marido”. Significa coser de más la abertura vaginal para estrecharla y, según su concepción, dar más gusto al marido.
- “Fórceps docentes”. Utilización de fórceps para la atención, no por indicación médica, sino para enseñar la técnica a estudiantes.
- “Esas caderas son buenas para llevar vaqueros, pero no sirven para parir”. Según esta autora, los argumentos de “pelvis estrecha” o “desproporción céfalo-pélvica” suelen ser mentiras para justificar gran cantidad de cesáreas innecesarias.
- “Te quedará una cicatriz de bikini”. Usada para trivializar los resultados y consecuencias de una cesárea, impidiendo a las mujeres expresar su dolor y frustración, en algunos casos no cuentan con el material necesario como lo es el hilo para suturar.
- “Parir sin anestesia tiene el mismo sentido que sacarse un

diente sin anestesia”. Reflejando un desconocimiento y desvalorización de los procesos de las mujeres, como si fueran lo mismo los dos procesos, las consecuencias de la anestesia fueran similares y como si las mujeres “hubieran intentado el parto normal por simple masoquismo”.

4.6 La partería como una opción de atención del embarazo

Hablar de la partería como una opción para la atención del embarazo y parto en un mundo donde cada vez más se ha medicalizado, y la V.O. ha visualizado en espacios públicos y privados donde el término “personal calificado” tal vez no refleje con claridad en qué medida las mujeres disponen efectivamente de acceso a la debida atención, particularmente cuando surgen complicaciones. Sin embargo, se ha dejado a un lado la partería tradicional siendo un elemento fundamental de los pueblos y comunidades indígenas en México, ya que forma parte de la cultura el papel que desempeñan muchas mujeres.

En el análisis de las entrevistas realizadas se denotan como los tabúes prevalecen acerca de estas prácticas, una de ellas menciona **“Imagínate si le hace falta algo al bebé, un medicamento o algo así en parte estoy con las parteras y médico o en un seguro, con ellas es riesgos”** (Participante 10.-Olivia). Y desmerecen su conocimiento al mencionar que **“Yo siento que ellos saben más y al menos lo que yo sé que una partera esta para recibir un niño pero no está para las demás complicaciones”** (Participante 13.- Rosario). Pero cuando la atención en un hospital es con mal trato su expresión es **“No sé pero yo siento que si me va a volver a toquetear, mejor una partera”** (Participante 5.-María).

Grandes establecimientos públicos carecen de personal, material y espacio y crean un entorno estresante donde los proveedores de salud materna no pueden asegurar atención basada en evidencia y calidad. Reconocer la posibilidad de que las parteras sean una parte esencial de los servicios de salud pública, hay poca evidencia que su inserción sin otros cambios estructurales impactaría en mejorar la calidad y equidad. Conviene subrayar que la inserción de la partería a los servicios de salud es necesaria para que se origine un cambio de paradigma en los espacios, protocolos, modelos de atención para que la partera pueda practicar el modelo de partería en cualquier espacio físico donde esté insertada, no simplemente replicar protocolos médicos en espacios diseñados para la intervención médica.

Conclusiones

Esta Investigación se realizó al describir los diversos mecanismos que forman parte de la producción de cuerpos dóciles, el análisis sobre las diferencias que la categoría sexo/género de procesos y relaciones, es en estos espacios donde la Violencia Obstétrica es evidente en el abuso de poder del médico dentro del ámbito de salud reproductiva de las mujeres; donde “se ejerce poder no solo sobre los cuerpos de las mujeres, sino a través de ellos” (Foucault, 2001).

En pocas palabras la Violencia Obstétrica como un problema ético y de salud pública en donde las autoridades han desarrollado cursos para sensibilizar a los médicos en relación a la atención de calidad hacia las pacientes; sin embargo, no es problema exclusivo de capacitar con talleres o cursos cuando no se han concientizado de la atención de calidad y calidez.

El objetivo con el que se planteó la investigación de analizar las experiencias de V.O en el proceso del embarazo y parto desde el enfoque de género, es de vital importancia comprender que de la realidad de violencia obstétrica, se basan en un contexto de aceptación y resignación, correspondiendo a la naturalización de un cautiverio, de manera que las mujeres se ven en la obligación disfrazada de aguantar dolor de embarazo, proceso de parto o puerperio, como un requisito de carácter obligatorio, en el que se demuestra amor al otro con base al sufrimiento (Lagarde, 2005), permitiendo la invasión de las y los profesionales de la salud, al decidir deliberadamente en nombre de las propias mujeres, sin tomar en cuenta su bienestar físico y emocional, dando pie a la transgresión de derechos y libertades.

Por otro lado, en las entrevistas que se realizaron muestran cómo las mujeres ejercen resistencia a las instituciones médicas durante el proceso de embarazo son identificadas como producto de la irresponsabilidad e ignorancia.

Frente a las leyes vigentes en México que hacen referencia a la Violencia Obstétrica es necesario denunciar, no solo protocolos hospitalarios que incumplan

algunas de las recomendaciones de salud vigentes sino también la violencia ejercida de forma implícita en diversos procedimientos dentro del área médica. Lo dicho hasta aquí supone la importancia de conocer la naturaleza profunda de la presente problemática, sosteniendo que paciente tiene una vida pública y privada individual donde los actos patriarcales entre la pareja y el médico deciden sobre las mujeres hacia la planificación familiar, métodos anticonceptivos y que a su vez el género masculino no defiende el que se le otorgue un servicio de calidad y calidez.

El hecho de que a partir del año 2009 en México se defina y comience a tipificar a la Violencia Obstétrica como un delito denota la necesidad de estudiar y analizar con mayor profundidad a fin de generar en primero momento sensibilización en este tema y poco a poco lograr una concientización, con el objetivo de tomar acciones encaminadas al respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos para las mujeres.

Otro punto de vista que se tiene sobre el embarazo es la creencia de que se considera como una condición de imposibilidad, un ejemplo de ello es en los procesos administrativos del ámbito laboral, donde se utilizan con mayor frecuencia ciertos conceptos para solicitar la licencia por maternidad, siendo remplazado la terminología por "incapacidad", y que estos puntos de vista están en constante reproducción.

Por otro lado en el papel de ser madre ha quedado establecido socialmente desde el primer momento al nacer con características biológicas de mujeres o de hombres, y que al tener esta constitución genética, se les atribuye comportamientos que deben aprender a cumplirse dentro de espacios sociales, materiales, y/o simbólicos propios de sus atributos sexuales, de lo contrario es común la aversión o desaprobación de estas personas, baste como muestra el papel que debe cumplir una mujer al comenzar a ser fértil, esta debe cargar con la presión social de cumplir un papel de ser madre, dadora de cuidados y delicadeza como muestra de amor, más de allá de una convicción propia, en la que su lugar

se basa en la sumisión y la abnegación frente a los hombres, dejando a un lado sus propios deseos e ideales, ocasionando conflictos en la forma de llevar su embarazo debido a que en múltiples casos, no tienen la información suficiente sobre cuidados, alimentación, y sobre todo en la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, dejándose llevar de opinión en opinión dentro de un sistema de patriarcado.

Respecto al punto anterior otra de las formas en las que se las mujeres son sometidas y violentadas va de la mano con la subutilización de la conciencia de las mujeres en las que depende de la moralidad y la emocionalidad como parte de la educación formal e informal de la sociedad patriarcal (Rich, *Of woman born. Motherhood as Experience and Institution*, 1986). Aunado a ello la educación informal impartida en contextos tradicionalistas como la familia, el hecho de ser una mujer abnegada forma parte integral para la nula práctica de sus derechos, ya que desde la raíz de esta palabra es posible entender “la negación hacia ella misma”, es decir; negar que existe una categoría de injusticia en su propia vida, y en las mujeres que le rodean. Así que es necesario impulsar ciudadanas informadas visibilizando la violencia y no tolerar el autoritarismo médico en donde se implementen mecanismos de vigilancia institucional y colectiva en donde el control social impulse el respeto a sus derechos.

En un contexto patriarcal donde no se habla de necesidades políticas, Trabajo Social, tiene la capacidad y habilidad de comprender las realidades en la que se desarrollan las personas, por lo que resultó necesario abordar este tema, donde son transgredidos los derechos humanos, sexuales y reproductivos principalmente en las mujeres, sentando bases para la eliminación de la opresión machista y discriminatoria. Este análisis se realiza con el objetivo de ser parte en la transformación de la garantía en el cumplimiento de legislaciones como Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, generar espacios públicos libres de violencia, formar profesionistas de la salud más conscientes de sus limitaciones en lo que respecta a los cuerpos de las mujeres,

recuperar la autonomía, a partir de la percepción de ser personas portadoras de derechos, obligaciones y libertades individuales.

Las mujeres saben, por experiencia propia o de otras conocidas, la violencia obstétrica que enfrentan las embarazadas en las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas y la atención personalizada es un punto a favor para las parteras es necesario promover el conocimiento y la profesionalización de las parteras así como fortalecer las campañas para la atención del embarazo. El diseño del presente estudio permitió dar a conocer como el poder patriarcal prevalece en estos espacios y como las mujeres lo están viviendo por el simple hecho de ser mujeres; sin embargo, es importante recalcar que los conocimientos ancestrales se deben rescatar para prevenir la Violencia Obstétrica.

Fuentes de investigación

Adopción: Asamblea General de la ONU. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*.

Amorós, E. F. (2011). *Consentimiento a la reproducción asistida*. España: S.A. ATERLIER LIBROS.

Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(11), 155-180.

Asamblea Nacional Caracas Venezuela. (2014). *Ley Orgánica sobre el Derecho de mujeres a un Vida Libre de Violencia*. Ley, Asamblea Nacional Caracas Venezuela, República Bolivariana de Venezuela.

Béliveau, F. M. (2006). *Estrategías de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 25-34.

Bellón, S. S. (2014). "Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. En S. B. Silvia, *Tesis de master*. Países bajos: Utrecht Universiteit.

Blanco, Amalio Abarca (2012). La zona gris: aproximación psicosocial de la violencia. *Mente y cerebro*, ISSN 1695-0887, N°. 52, págs. 68-74.

Blánquez, M. I. (2005). "Aproximación a la antropología de la reproducción". *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 1-25.

Bohren, M. (2015). *The Mistreatment of Women during Childbirth in health facilities Globally*.

- Camacaro, M. R. (2015). *Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de la Violencia obstétrica*.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*. No. 24. 43-48.
- Castro , R., & Erviti, J. (2014). *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*. Recuperado el 05 de 2018, de CONAMED: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-conamed/articulo/25-anos-de-investigacion-sobre-violencia-obstetrica-en-mexico>
- Castro R, E. (2000). Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. (E. C. Stem C, Ed.) *Salud reproductiva y sociedad Resultado de investigación*, 33-66.
- Castro R, E. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. (L. M. Rico B, Ed.) *Hacia una política de salud con enfoque de género*, 245-63.
- Castro, A. (2014). *Violencia Obstétrica. Estudio de caso en Altotonga Veracruz*. Xlapa, Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Cazés, D. M. (2005). *La perspectiva de género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CEAV, C. E. (2016). *Diagnóstico sobre victimización a causa de violencia obstétrica*. Universidad Autónoma de México (UNAM). México: Sistema Nacional de Atención a Víctimas (SNAV).

- CEDAW. (2007). *Recomendación General No.24*, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>.
- Chiarotti, S. (2004). *Por el derecho a una vida sin violencia*. Argentina: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR.
- CNDH. (2009). *Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud*. México.
- CNDH. (2016a). La CNDH en Día nacional de la salud materna y perinatal". 1-2.
- CNDH (2016b) RECOMENDACIÓN No. 58 /2016, Lic. Luis Raúl González Pérez, Ciudad de México, 14 de diciembre de 2016, http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/2016/Rec_2016_058.pdf
- CNDH, C. N. (2015). *Tipificación de la violencia obstétrica en los Códigos Penales*. 4ta visitaduría General, CNDH, México.
- CNDH, C. N. (2017). Reconoce CNDH el valor de la partería tradicional, y llama al estado mexicano a valorar el conocimiento tradicional de pueblos y comunidades indígenas y el derecho de las mujeres sobre su cuerpo. Ciudad de México: Dirección General de Comunicación.
- Cobo, C. (2016). *La Violencia Obstétrica* (trabajo de fin de grado enfermería). España: Universidad de Cantabria.
- Cómision Interamericana de Derechos Humanos. (2010). *Informe "Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*.
- Comité contra la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2004). *Caso A.S vs Hungría*.
- Cuevas, M. C. (2011). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Universidad de Carabobo.

- Erviti, J. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. México: Estudios Sociológicos XXIV. *El Colegio de México*.
- Estrada, D. (2017). *Percepción de Violencia Obstétrica en el puerperio inmediato*. Ciudad de México: UNAM.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpos y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Altamira: La plata.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Akal: Madrid.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: FCE.
- Gaceta Legislativa del Congreso del Estado de Veracruz. (4 de Diciembre de 2008). México.
- Giraldez, S., Arias, A. A., Godoy, B. G., & Mane, R. (2011). *Trabajo social, lecturas teóricas y perspectivas*. Argentina : Universidad de Buenos Aires.
- GIRE, G. d. (2015). *Violencia Obstétrica*. México.
- GIRE, G. d. (2018). Recuperado el 25 de 04 de 2018, de <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>
- Gómez Sánchez Yolanda (2004). *Pasado, presente y futuro de los derechos humanos*, D.F., Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- (Hernández & Ricón, 2016). *Justicia para Carmen, una historia de vida de una mujer hidalguense que lucho por el para qué de su vida*, Editorial Académica española.
- Hierro, G. (2016). *La ética del placer*. Ciudad de México: DiVERSA.

INEGI. (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica Base de datos*. México, INEGI.

Lagarde, M. d. (2005). *Los cautiverios de las mujeres*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, M. (1996). La perspectiva de Género. *Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE. No.8, Enero-marzo*.

Lazcano (2016) Derechos humanos y población envejecida en Hidalgo, historia de una muerte continua, *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, Vol. 5, Núm. 10 Julio - Diciembre 2016.

León, N., & Medina, L. (Noviembre de 2008). *Universidad Centra de Venezuela*. Recuperado el 05 de 2008, de <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/2132/1/TESIS%20M2009%20L579%20CD%20%2B%20ANEXOS.pdf>

LGAMVLV, . (28 de enero de 2007). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (20-Enero-2018): www.cofemer.gob.mx/lgamvlyv.pdf

Martin, E. (1991). "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based. *Signs*, 16, 485-501.

Mata, F. (2011). *Tipos de Violencia en la mujer embarazada, no embarazada y dinámica conyugal* . Orizaba, Veracruz: Universidad Veracruzana .

Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas, Diciembre, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Núm 4*.

Menache, D. C. (2005). *La perspectiva de género*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Odent, Michel. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. Francia: Ob Stare.

- OMS. (2003). Estándares y requerimientos para los informes relacionados con mortalidad materna. 139-140. Washington EE.UU.
- ONU Mujeres. (2015). Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer. ONU.
- ONU, O. d. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. CEPAL.
- Orozco, A. (2018). *Experiencias de Violencia Gineco-Obstétrica desde la voz de las Mujeres. Una aproximación fenomenológica*. Ciudad de México: UNAM.
- Ortiz Gómez, T. (1992). "Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada". *DYNAMIS*, 323-346.
- Quevedo, P. (2012). *Universidad Nacional de Cuyo*. Recuperado el 05 de 2018, de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- Ramírez, G. A. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*.
- Rich, A. (1986). *Of woman born. Motherhood as Experience and Institution*. New York: Norton. Citado en Arguedas. Citado en Arguedas, 2014).
- Salmonte, D. (2017). *Evaluación de la Violencia Obstétrica en el puerperio inmediato post parto*. Ciudad de México: UNAM.
- Sanmartín, J. (2007). ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Revista de Filosofía*, 9-21.
- Sosa, S. I. (2017). Fronteras Múltiples: Género, Interseccionalidad y ciudadanía. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, XII(23), 84-101, Enero-Junio.
- Taylor, S. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Tribunal Superior de Justicia, I. N. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En F. d. (UNFPA) (Ed.). Caracas .

Vasak, K. (1997). "La larga lucha por los derechos humanos", en El Correo de la Unesco, Vol. XXX, noviembre 1977, pp.29-32.

Villanueva-Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra.

Anexos

Anexo 1: Entrevista a Profundidad

Objetivo: Conocer distintas experiencias y opiniones sobre la atención que brinda a las mujeres, el área médica, durante el embarazo, proceso de parto y puerperio.

Datos generales

Edad:

Originaria:

Municipio y colonia donde radica:

Tiempo de radicar en ese lugar:

Ocupación:

Escolaridad:

Estado civil actual: Tiempo:

Religión:

Padece alguna enfermedad crónica degenerativa:

Tipo de seguro médico:

Número de hijos:

Cuenta con algún programa de apoyo asistencial:

Edad de inicio en la vida sexual activa:

Número de embarazos:

Estructura familiar

Aspectos físico, económico, social,

Violencia verbal

¿Qué información le dieron durante su proceso de embarazo?, ¿Usted cómo se sentía?, ¿Quién le brindó esta información?, ¿Le aclararon todas sus dudas?, ¿En algún momento la regañaron?, ¿Considera que durante su embarazo y proceso de parto, fue tratada con respeto?, ¿Recuerda si el personal del área médica realizó comentarios irónicos o con tono de chiste acerca de su comportamiento en el proceso de parto?, ¿Durante el tiempo que pasó en la clínica, hospital o centro de salud fue atendida, la llamaron por su nombre o le decían gordita, mami, hija?, ¿En qué momentos se lo decían, ¿Puede recordar el tono o los gestos que hacían al decirselo?, ¿Se percató si contestaban todas sus dudas o cuando respondían era de mala gana?, ¿Considera que fue imposible preguntar o manifestar sus miedos, inquietudes por eso mismo?

Violencia psicológica

¿Durante el proceso de parto, qué sentimientos tuvo?, ¿Le permitieron tener contacto con sus familiares/acompañantes?, ¿Llegó a ser criticada por esa actitud?, ¿En el proceso de parto lloró, grito, o se aguantó el dolor?, ¿En algún momento la hicieron sentir vulnerable, culpable o insegura? ¿Por qué?, ¿Después del proceso de parto el/la médico/a, le dijeron que no cooperó lo suficiente?

VIOLENCIA FÍSICA

¿Desde su ingreso firmó el consentimiento informado?, ¿De manera adicional su acompañante/familiar firmó algún otro documento, el cual no se le haya comentado antes a usted?, ¿Su familiar/acompañante le contó cuál fue la experiencia que vivió en esos momentos?, ¿La tuvieron en una posición que le generara incomodidad por largo tiempo, antes o durante el parto?, ¿En alguno de los procedimientos se sintió incómoda o forzada a aceptarlos?, ¿La mantuvieron en ayuno o sin tomar agua provocándole malestar?, ¿Qué opina de la infraestructura del lugar donde fue atendida durante su embarazo y parto?

V.O y partería

¿Cuáles eran sus sueños antes de ser mamá?, ¿Usted considera el embarazo como un proceso natural, un sacrificio o una obligación? , ¿Desde su punto de vista que sería mejor la atención de un médico o una partera?, ¿Por qué?, ¿El proceso que realizaban las parteras cómo las considera Usted? , ¿Usted utiliza algún tipo de método anticonceptivo?, ¿Desde hace cuánto?, ¿Cómo decidió utilizar métodos anticonceptivos?, ¿A cuántas personas de su familia fueron atendidas por parteras?, ¿Ha oído hablar de la Violencia Obstétrica?, ¿Detecta qué la ha padecido?

Anexo 2

Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO (entrevistas)

Estimada:

Usted ha sido invitada a participar en la investigación “Violencia Obstétrica”, dirigido por la **P.L.T.S Elizabeth Lozano Cruz**, egresada de la Licenciatura en Trabajo Social del Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El objetivo de esta investigación es: analizar las acciones que realiza el área médica, incurriendo en casos Violencia Obstétrica a partir de la perspectiva de género.

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque usted cumple con los criterios de ser una mujer que haya experimentado violencia obstétrica, requisito que debe cumplir para ser parte del grupo de mujeres a entrevistar.

El propósito de esta investigación es determinar las acciones que realiza el área médica en la atención que brinda a las mujeres embarazadas. Este estudio permitirá identificar los casos de Violencia Obstétrica desde la Perspectiva de Género

Su participación es voluntaria, consistirá en contestar el cuestionario que se le aplicará en su domicilio y no tendrá una duración mayor a 2 horas 30 minutos. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será **confidencial y anónima**, y será guardada por la investigadora responsable en el Área Académica de Trabajo Social, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio. La participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni ningún tipo de información que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo de la investigadora responsable.

Una vez finalizada la investigación los participantes tendrán derecho a conocer los resultados de la misma para lo cual se realizarán presentaciones con los principales resultados a los participantes. Serán utilizados con fines científicos y de divulgación.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:

Fecha:

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá hacerla a la siguiente persona y dirección: P.L.T.S Elizabeth Lozano Cruz; calle mango s/n, Barrio de la cruz, Temascalapa.

Quedando claros los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, firmo la autorización.