

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRACIÓN URBANA

DIPLOMADO COMO OPCIÓN DE TITULACIÓN

**Las mujeres en la perspectiva de las ciencias sociales y humanidades.
Política feminista y el enfoque de género**

Título

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE MEXICO. RELATO AUTOETNOGRÁFICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA CONTRA LA MUJER, MEDICINA HEGEMÓNICA, PACTOS PATRIARCALES.

PRESENTA

Norma Angélica Medrano Silva
Matrícula 11-003-0128

Comité del Diplomado

**Dra. María Norma Mogrovejo Aquise, Dra. Gloria Luz Alejandre Ramírez,
Dra. Violeta Cárdenas Hernández**

Ciudad de México, abril de 2024.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por abrirme las puertas al conocimiento y brindarme un proceso de aprendizaje excepcional, “Nada humano me es ajeno”. Agradezco a la diplomada: Las mujeres en la perspectiva de las ciencias sociales y humanidades. Política feminista y el enfoque de género. En especial a mis profesoras de carrera, Dra. María Norma Mogrovejo Aquiste, Dra. Gloria Luz Alejandre Ramírez, y a la Dra. Violeta Cárdenas Hernández y Dra. Judith Lorena Méndez Barrios, sin sus enseñanzas no hubiera sido posible hacer este sueño realidad.

Le doy gracias a las mujeres de mi vida: mi abuela, Paula Chávez Sánchez, por su vida y su fuerza para seguir adelante; mi madre, María Isabel Silva Chávez, que toda mi vida me apoyó incondicionalmente, que siempre se sintió orgullosa de mí y me alentó a cumplir mis metas, madre mía, hasta el cielo va mi logro para ti. A todas mis tías Silva, que siempre están apoyándome en lo que hago. A mis hermanas, Ana Lilia, Laura Ivonne y Sujey, que cada una me ha brindado su amor, su apoyo y sus palabras de aliento para que siga adelante con mis proyectos. A mis cuñadas, Jessy, Guadalupe, Eduardo, y mis suegros, María de Jesús y Héctor Romero, que siempre están conmigo, apoyándome. Agradezco a mis amigas del alma, que saben exactamente quienes son, mujeres que siempre han estado alentándome a seguir adelante, abrazándome y estimulándome en todo este proceso que no ha sido fácil. Agradezco a mi padre, José Medrano Avellaneda, por sus palabras de aliento siempre. Agradezco a Dios y a la vida por darme a un hombre muy valioso, mi esposo, Ángel Héctor Romero Sierra, que nunca me ha dejado sola, que ha caminado a mi lado y me ha alentado, apoyado y levantado cuando me he rendido, es mi fuerza junto con mis hijos, Alan Zoé Romero Medrano y Axel Miguel Romero Medrano. Hijos míos los amo infinitamente.



Índice

I. Introducción.....	3
II. Justificación.....	5
III. Metodología.....	8
3.1. Descripción del problema.....	11
3.2. Categorías analíticas.....	12
3.3. Preguntas de investigación.....	12
3.4. Objetivos de la investigación.....	12
IV. Marco teórico.....	13
4.1. Modelo Medico Hegemónico.....	19
4.2. Violencia obstétrica.....	24
4.3. Pactos patriarcales y (Contrato Sexual).....	33
V. Marco Jurídico.....	36
5.1. La Ley de Salud artículo 61 y 61Bis.....	36
5.2. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México.....	36
5.3. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010.....	39
5.4. Guías de práctica clínica (realización de operación cesárea)	39
VI. Conclusiones.....	42
VII. Bibliografía.....	46




I. INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica ha sido un tema invisibilizado a nivel mundial, e incluso normalizado; mientras que en México podemos ver que es muy reciente que este tipo de violencia sea reconocida como tal.

La violencia obstétrica es un concepto polisémico que es necesario definir para identificar con claridad sus alcances, hasta qué punto permanece en los cuerpos femeninos y las formas en que impacta sobre la vida de las mujeres. Entendemos la violencia obstétrica como otra forma de violencia institucional ejercida por el Estado al interior de los servicios de salud, bien sea por acción, omisión o ausencia de protección, en tanto le corresponde garantizar los derechos humanos y particularmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. (García, 2020)


La violencia obstétrica es normalizada en estas instituciones médicas dado que el personal médico (doctores, doctoras, enfermeros y enfermeras) ha sido educados de tal manera que tienen la idea de que la mujer debe aguantar y soportar todo lo que conlleva estar en una situación de parto. Los doctores tienen el hábito de hacer bromas y burlas sobre las mujeres en situación de parto. Ellos, en su rango de doctores, creen que tienen el derecho de tratar a las mujeres como si fueran inferiores, se creen poseedores de toda verdad y creen estar en lo correcto siempre. La normalización de la violencia obstétrica tiene bases patriarcales porque la atención del parto ha sido institucionalizada por medio de la Medicina Médica Hegemónica y la cual es una práctica hecha y estudiada por hombres y para hombres. Ellos dan por sentado que las mujeres estamos para ser reproductoras, cuidadoras y para servir en la sociedad en la esfera de lo privado. Con estas ideas



arraigadas comprendemos que es habitual en nuestra realidad ser consideradas sujetos minorizados, relegadas a labores reproductivas, domésticas, de cuidado, sin recibir remuneración, o simplemente como una fuente de mano de obra económica barata. Existen diversas malas prácticas ejercidas por los médicos, como la imposición de métodos anticonceptivos, la mala calidad en la atención en el embarazo, parto y puerperio, el trato deshumanizado, la omisión o descuido en la ejecución de un acto médico, carencia de atención en el ejercicio médico, fallas ocurridas durante la atención de la salud. No obstante, las mujeres desconocemos que no es normal aceptar ser tratadas con violencia al dar a luz a nuestros hijos, o al pedir consulta con ginecólogos o ginecólogas, o al solicitar una planificación familiar que esté enfocada a lo que nosotras deseamos y queremos. A este respecto, Cook (2003) habla de lo que engloba la salud reproductiva:

El concepto de salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Cook, 2003).

La violencia obstétrica y la muerte materna han aumentado en los últimos años desde 2019. Estos problemas tienen una relación muy estrecha con las deficiencias de nuestro Sistema Nacional de Salud, esto propicia que no haya una atención integral a las mujeres embarazadas. Para contrarrestar la impunidad de estos dos casos, no se debe de llegar a medidas punitivas. Lo que se busca es implementar



medidas preventivas y garantizar la compensación por el daño a las víctimas, a través de enfoques totalmente sociales y comunitarios. La muerte materna puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio debido a un manejo inadecuado de las condiciones del embarazo. Es importante destacar que la muerte materna constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres y que la responsabilidad recae en el Estado. Tanto la violencia obstétrica como la muerte materna son temas de gran importancia para el feminismo. El movimiento feminista continúa luchando para que cada vez más estados promulguen leyes y políticas públicas que brinden una respuesta adecuada a las mujeres que han sufrido estas formas de violencia obstétrica, así como aquellas que han sido sometidas a prácticas de medicalización inapropiadas durante el embarazo o la gestación.

Por todo lo anterior, con este ensayo busco analizar las prácticas de la medicina hegemónica, los efectos y las consecuencias de la violencia obstétrica, las lógicas del poder de los hombres y los privilegios que genera.

II. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo abordaré un tema que merece mucha atención, ya que ha sido objeto de estudio de forma más eficiente en años recientes, un tema que personalmente viví en dos de mis partos junto a otras mujeres, en hospitales públicos de la Ciudad de México, en los cuales fuimos tratadas de manera grotesca, violenta y humillante. “El concepto de violencia obstétrica en México ha sido incorporado desde 2008 a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, primero en el estado de Veracruz y, a partir de ese año, en 20


entidades federativas. En Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, estas acciones u omisiones contra las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos se encuentran tipificadas como delito” (CNDH, 2017).

Las muertes maternas y la violencia obstétrica afectan más a las personas que ya se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como por ejemplo las mujeres en condiciones de pobreza y que no cuentan con una seguridad social, así como las mujeres indígenas.


Los altos niveles de muertes maternas en México son motivo de preocupación. En el año 2000, México se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio a reducir la razón de muerte materna (rmm) nacional a 22.3 para el año 2015. A pesar de que en la primera mitad de la década pasada hubo una disminución de la rmm nacional, para 2015 la cifra fue de 34.6, lejos de lograr el objetivo establecido. Hacia finales de 2018, la incidencia de muerte materna fue de 33.9, una cifra muy semejante a la de 2015 (GIRE, 2019)

Razón de muerte materna por entidad, 1990 – 2018

Razón de Muerte Materna (RMM)

7.03  106.22

Alfabeticamente	Entidad	1990	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nacional	33	37.35	38.59	35.04	37.98	36.14	35.71	37.9	60.96	
Aguascalientes	12	24.54	24.45	21.05	13.96	20.8	25.26	14.95	58.09	
Baja California	17	42.65	34.51	33.89	30.6	47.94	36.5	45.1	53.17	
Baja California Sur	31	32.5	16.04	24.44		8.39	25.59	44.87	38.3	
Campeche	13	65.9	24.21	35.71	45.48	27.4	44.44	16.16	73.09	
Coahuila	14	30.24	35.21	26.69	41.19	32.09	37.33	33.64	59.1	
Colima	19	14.27	7.06	7.57	23.79	7.97	8.23	34.28	29.11	
Chiapas	7	40.7	51.33	53.49	47.87	52.28	60.98	56.17	81.76	
Chihuahua	16	67.09	64.16	48.36	42.54	53.04	51.56	58.82	93.54	
Ciudad de México	15	63.9	50.3	52.81	53.13	44.55	48.97	52.85	89.54	
Durango	11	30.46	68.06	34.2	35.22	24.28	49.95	58.05	27.45	
Guanajuato	18	33.18	30.13	30.36	33.33	33.02	20.86	26.45	37.42	
Guerrero	18	56.81	56.12	45.16	52.16	58.96	27.62	62.76	78.78	
Hidalgo	13	34.32	60.37	27.5	42.73	35.86	31.67	26.97	31.97	
Jalisco	13	24.12	39.52	28.55	27.34	31.2	33.47	39.17	54.41	
Estado de México	12	27.16	30.76	31.78	37.15	31.63	28.64	32.84	53.12	
Michoacán	16	33.91	44.86	35.91	29.97	33.24	34.8	39.44	57.06	
Morelos	14	40.6	8.83	26.85	27.88	25.72	24.63	15.31	36.76	
Nayarit	18	38.55	30.54	69.79	39.38	45.03	47.86	33.19	89.07	
Nuevo León	7	19.95	19.48	31.78	39.6	37.35	36.96	29.53	47.12	
Oaxaca	19	49.62	47.23	45.63	46.83	52.56	49.84	37.59	89.27	
Puebla	12	31.05	37.26	30.23	40.74	27.21	29.5	34.24	48.5	
Querétaro	12	34.22	33.49	14.46	34.37	22.09	27.45	23.56	22.25	
Quintana Roo	17	41.92	20.89	17.16	31.94	28.28	39.3	49.26	84.91	
San Luis Potosí	17	33.51	25.81	30.35	29.39	32.23	17.28	29.44	62.79	
Sinaloa	15	27.97	30.77	23.78	39.83	17.72	41.53	26.53	77.76	
Sonora	13	42.12	34.42	38.14	46.55	33.78	31.33	33.59	64.08	
Tabasco	13	36.48	53.69	44.96	44.39	46.71	37.44	42.61	93.53	
Tamaulipas	12	42.33	32.21	21.56	33.99	45.94	35.06	33.02	77.92	
Tlaxcala	19	19.5	43.56	24.35	38.63	34.04	25.85	42.05	62.34	
Veracruz	13	39.93	39.22	33.68	33.3	36.93	35.03	38.38	47	
Yucatán	16	55.18	47.79	42.11	36.38	19.84	51.19	21.1	67.04	
Zacatecas	17	47.85	19.77	32.13	32.31	29.38	23.96	36.74	73.56	




Fuente: Elaboración del Observatorio Género y covid-19 en México con datos de los Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Muertes Maternas.

La imagen sobre las cifras de muerte materna en México son sin duda alguna alarmantes, los estados con porcentajes más altos en 2013 eran Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Guerrero, y Yucatán. 12 años después Chihuahua y Ciudad de México se siguen manteniendo con un mayor porcentaje en muerte por maternidad, como se puede apreciar en 2020 se sumaron mas estados a esta RMM como Tabasco, Chiapas, Nayarit, Oaxaca, y Quintana Roo.

En México, como lo explico más adelante, en 2013 el caso de una mujer indígena mazateca, a la que le fue negado el servicio en el hospital, tuvo a su bebé en el jardín y un ciudadano le tomó una foto justo en el momento en que su hijo salió del vientre y con el cordón umbilical por fuera. En ese mismo año, pero en el Estado de Puebla otra mujer María del Carmen Ocegüera, no fue atendida por que aún no le tocaba el turno, tuvo a su bebe en la sala de espera, el video del hospital sobre lo que ocurrió se hizo viral también. Esto hizo sonar las alarmas sobre este tipo de violencias ejercidas contra las mujeres:

Recientemente, dos casos de mujeres que tuvieron su parto en condiciones inapropiadas en Centros de Salud de los servicios estatales de Salud llamaron la atención de los medios masivos de comunicación. Se trata de Irma López Aurelio, mujer mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca; y de María del Carmen Ocegüera, que parió en el área de recepción del Hospital de la Mujer de Tehuacán, Puebla. (CONAMED, 2014).




Este tipo de Violencias Obstétricas fueron por mucho tiempo permitidas y normalizadas por los doctores, doctoras, enfermeras y enfermeros de los hospitales públicos en México, razón por lo que es necesario analizar los ejercicios de poder en la medicina hegemónica.

III. METODOLOGÍA

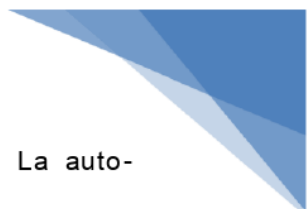
Apoyaré mi investigación en la epistemología feminista, esta nos dice que el conocimiento es dominante y patriarcal excluyendo cualquier otro tipo de conocimiento (como el feminista), Sandra Harding afirma que no basta con que nos incluyan en este conocimiento patriarcal, se trata de que, como mujeres hagamos nuevos conceptos y conocimiento, que sean reconocidos y apoyados totalmente, sin la necesidad de obtener el reconocimiento de los hombres o de la ciencia dominante.

La epistemología feminista estudia la manera en que el género influye en las concepciones del conocimiento, en la persona que conoce y en las prácticas de investigar, preguntar y justificar. Identifica las concepciones dominantes y las prácticas de atribución, adquisición y justificación del conocimiento que sistemáticamente ponen en desventaja a las mujeres porque se les excluye de la investigación, se les niega que tengan autoridad epistémica, se denigran los estilos y modos cognitivos femeninos de conocimiento, se producen teorías de las mujeres que las representan como inferiores o desviadas con respecto al modelo masculino, se producen teorías de fenómenos sociales que invisibilizan las actividades y los intereses de las mujeres o a las relaciones desiguales de poder genéricas, y se produce conocimiento científico y tecnológico que refuerza y reproduce jerarquías de género.” (Blazquez, 1998, p.31).



También apoyaré la investigación en el método cualitativo, un método que está interesado en el comportamiento, las actitudes y opiniones, no en los números. En este método se recaban datos no numéricos, para comprender conceptos, experiencias, emociones, y comportamientos. Entendemos por metodología cualitativa aquella metodología que permite no sólo ver los diferentes ámbitos, fases y momentos de una situación compleja en sí misma; sino que se muestra sensible ante determinados temas como los de las emociones, los contextos y las interacciones sociales. Es importante señalar que, como comenta Zago (2003), el trabajo de campo en la metodología cualitativa difícilmente se desarrolla de acuerdo con lo planeado y, por lo tanto, está en constante construcción. Utilizaré la autoetnografía, que es una técnica del método cualitativo, es una forma narrativa para generar conocimientos, ésta se caracteriza por enlazar la propia experiencia personal con conceptos sociales, políticos y culturales. Dicha metodología se basa en lo subjetivo, lo emocional, lo individualista y la propia experiencia de la investigadora o etnógrafa. La autoetnografía se aplica al estudio de un grupo social que el investigador consideraba como propio, ya fuera por su ubicación socioeconómica, la ocupación laboral o el desempeño de alguna actividad específica. (Hayano, 1982)


La auto etnografía es un procedimiento de investigación que está enmarcado en el método etnográfico, que se ha desvelado como una herramienta de gran utilidad para la comprensión de la influencia del proceso investigador sobre el resultado de la investigación, en la que además se muestran las tensiones y paradojas que tienen lugar durante el quehacer investigador cuando éste se dirige a captar con



profundidad la experiencia humana, social y culturalmente mediada. La autoetnografía es un recurso novedoso tanto en la investigación básica como en la aplicada, que está contribuyendo a generar enriquecedores debates acerca de la construcción del conocimiento en las ciencias humanas y sociales. (Muñoz, 2014)

Con la autoetnografía busco hacer conocimiento desde mis vivencias, enlazar mi experiencia personal con conceptos políticos, sociales y culturales, pues la autoetnografía es un proceso personal y subjetivo que se adentra a las experiencias que la propia persona vivió y desde allí empieza a hacer conocimiento; la autoetnografía permite describir y analizar la experiencia personal con el fin de romper los moldes de hacer conocimiento, como siempre, se ha hecho desde un proceso científico, es una propuesta nueva y transgresora, ya que por medio de ella se demuestra que es posible explicar diferentes fenómenos sociales y culturales, como también lo explica Richardson (2003): “Las autoetnografías son altamente personalizadas, textos reveladores en los cuales los autores cuentan relatos sobre su propia experiencia vivida, relacionando lo personal con lo cultural”.

La autoetnografía utiliza una narrativa personal, escribiéndola en primera persona y basándose en su propia experiencia, una experiencia de vivencias reales que le sucedieron en determinado momento; debe de contar con un narrador, dado que es la voz que llevará a contar la historia de primera mano al lector. Al realizar la etnografía, se llevará un proceso difícil, el contar una historia personal desde la autoetnografía requiere identificar el problema del que se hablará, llevar un proceso de sensibilización propia para poder contar la historia totalmente real y detallada, se requiere de apertura y fortaleza para darse cuenta que posiblemente existen temas




por sanar e incluso traumas por trabajar, es un proceso de perdones propios y también un proceso que se debe de ver desde el punto de vista social, cultural y político.

3.1. Descripción del problema

En el año 2003 y 2010, fui violentada, junto a otras mujeres, por los doctores y doctoras, pasantes, enfermeras y enfermeros del hospital General Xoco de la CDMX, así como en el IMSS, clínica número 47. En mi primer parto esperé 12 horas para ser atendida en un hospital, tuve a mi hijo en la sala de espera, el doctor me ignoró, nos humillaron y se burlaron de las demás mujeres embarazadas, se me negó la oclusión tubaria bilateral (OTB), se me negó alimento como el desayuno, y ver a mi hijo durante tres días. En mi segundo embarazo, pasaron por alto mi firma para poder realizarme la OTB.

En el 2003, con 21 años, no tenía la percepción de violencia obstétrica, pero sabía que no estaba bien cómo era tratada. En el 2010, ya con 27 años, me sentía más preparada para mi segundo parto, pero en éste el doctor determinó que tenía que hacerme una operación, se refería a una cesárea. Sabía que estaba en condiciones de tener un parto natural, pero el doctor simplemente me dijo que me tocaba operación sin preguntarme o sin antes explicarme por qué requería una cesárea. Esto se debe a que la Medicina Hegemónica es un rasgo muy significativo en este problema, o sea, sobre el trato que los médicos dan a sus pacientes, los doctores simplemente dan ordenes por su rango y porque son los expertos y tienen la preparación y credenciales para hacer lo que ellos digan, son los que tienen la



verdad absoluta en sus diagnósticos y, a su vez, la última palabra. El doctor pidió a mi esposo su firma para poder realizarme la OTB. Afirmando que él es el responsable de mi salud y si me pasaba algo a él le podrían fincar responsabilidades legales. La firma de mi esposo validaba mi decisión de acceder a la OTB, como si mi palabra por ser mujer no la tuviera. El médico requería la autorización de un hombre sobre la decisión de mi cuerpo para hacer su trabajo, como una forma de pacto patriarcal.

3.2. Categorías analíticas


- Modelo Medico Hegemónico (MMH)
- Violencia obstétrica
- Pactos patriarcales (contrato sexual)

3.3. Preguntas de investigación

- 1) ¿Cuáles fueron los efectos y consecuencias de la violencia obstétrica y el manejo de la Medicina Hegemónica en mis dos partos?
- 2) ¿Cuáles fueron las razones por las que los doctores del IMSS, unidad familiar No. 47, que atendieron mi parto en 2010, solicitaran la autorización de mi esposo para realizarme la OTB?

3.4. Objetivos de la investigación


- 1) Analizar cuáles fueron los efectos y consecuencias de la violencia obstétrica y el manejo de la medicina hegemónica que tuve en mis dos partos.

- 
- 2) Analizar las razones por las que los doctores del IMSS, unidad familiar No. 47, que atendieron mi parto en 2010, solicitaron la autorización de mi esposo para realizarme la OTB.

IV. MARCO TEÓRICO


Mujeres como Ina May Gaskin, reconocida por ser una partera y defensora de los derechos de las mujeres durante el parto, ha abordado el tema de la violencia obstétrica con el objetivo de promover un proceso de parto que sea de respeto y empoderamiento para las mujeres. En "Ina May's Guide to Childbirth" ("La guía de Ina May para el parto"), resalta la relevancia de crear un entorno seguro y de apoyo en el parto, donde las decisiones de las mujeres sean acatadas y se les de la información necesaria para la toma de decisiones conscientes acerca de su cuerpo y el momento de parir. Gaskin critica las prácticas médicas que pueden resultar coercitivas o deshumanizantes durante el parto, como el exceso de medicalización, intervenciones innecesarias, falta de consentimiento informado y el trato irrespetuoso por parte del personal médico.

Es imposible lograr una comprensión plena del fenómeno de la VO si no se aborda desde una perspectiva feminista, pues esta perspectiva permite sacar a la luz algunas condiciones que resultan invisibles a los/as médicos/as en tanto que se encuentran insertos en el campo y son parte de esa cultura. En particular, un enfoque de género permitirá ver que las prácticas, actitudes, tradiciones, etc., que se presentan en la cotidianidad de la atención de las mujeres en los servicios de salud, se ven atravesados de prejuicios sexistas, clasistas, eurocentristas, machistas, misóginos, entre otros, que dificultan la atención adecuada de las mujeres, poniéndolas en una condición de vulnerabilidad. (Galván, 2017)



Laura Gutman reconocida psicoterapeuta argentina. En "La Revolución de las Madres", analiza cómo las vivencias durante el parto y la maternidad pueden tener impacto en la salud psicológica de las mujeres. Gutman cuestiona las prácticas médicas que podrían resultar agresivas o intrusivas para las mujeres, como la excesiva medicalización, intervenciones no necesarias y la falta de autonomía y respeto hacia las decisiones de la mujer durante el parto. Desde esta óptica, Gutman defiende un enfoque más compasivo y centrado en la mujer en la atención obstétrica, donde se valore y respete la capacidad femenina de tomar decisiones fundamentadas sobre su propio cuerpo y su vivencia del parto. Su labor ayuda a concienciar sobre la relevancia de prevenir y abordar la violencia obstétrica como una manifestación de violencia de género.


Cobra relevancia utilizar una postura feminista para analizar el problema. Tomando al género como un eje de análisis, es posible visibilizar que esas prácticas esconden prejuicios sexistas y misóginos, bajo los cuales se educa a los/as estudiantes de medicina. Se les enseña que las mujeres son inferiores a los varones, que el embarazo es el "destino" de las mujeres y que se debe acceder a él con dolor; se les enseña también a ver el embarazo, junto con otros procesos relacionados con la reproducción como la menstruación o la menopausia, como enfermedades que es preciso intervenir; se les enseña que su palabra vale más que la de las mujeres que atienden, que las máquinas ofrecen más certeza que el sentir de las mujeres. En fin, se les enseña que como médicos/as son superiores a las personas que atienden y que esto les autoriza a actuar impunemente dentro de los hospitales, vulnerando los derechos de las mujeres. Es por ello que, si se quiere avanzar hacia una solución a la violencia obstétrica, no se trata de aumentar la amabilidad del personal de salud, sino de eliminar su machismo. (Galván, 2017)



Silvia Federici, aunque no ha explorado de forma directa la problemática de la violencia obstétrica en sus escritos, ha analizado aspectos vinculados con la reproducción de la fuerza laboral y la dominación de los cuerpos femeninos dentro del marco del sistema capitalista. Su investigación ayuda a entender cómo las estructuras de poder patriarcal y capitalista pueden mantener formas de violencia y control sobre los cuerpos de las mujeres, incluyendo las experiencias de parto medicalizadas y deshumanizadas que representan una forma de violencia obstétrica. De esta manera, su análisis proporciona una perspectiva importante para comprender los aspectos políticos y económicos de la violencia obstétrica y la importancia de enfrentarla desde un enfoque feminista basado en derechos humanos.

En la década de 1960 surge un activismo feminista que lucha por la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres durante su atención perinatal. Uno de sus objetivos fue dar a conocer el término de violencia obstétrica, entendiéndolo como un tipo de violencia de género ligado al modelo de atención biomédico, que denuncia la excesiva medicalización e intervencionismo que caracterizan la atención obstétrica actual. (Gutierrez,2016)

Es importante que la violencia obstétrica se vea desde una perspectiva feminista, ya que en ésta se pueden ver situaciones que los doctores no pueden observar porque están inmersos en ese mismo campo, el de la salud y porque también tienen una educación y enseñanza patriarcal, los médicos están formados bajo un sistema rígido y autoritario, que reproducen en sus acciones con los pacientes, en este caso con las mujeres. Según Gabriela Arguedas (2014) para poder hablar de violencia obstétrica se debe proponer la noción de poder obstétrico, por tanto, daría como




resultado entonces la visión de la violencia obstétrica como mecanismo de control y opresión derivado del poder del hombre en la sociedad.

La violencia obstétrica es una de las principales formas de violación a los derechos humanos de las mujeres, es una realidad que se vive día a día en la mayoría de las sociedades, y es ejercida por los profesionales de la salud. Esta forma de ejercicio de la medicina ha sido identificada como un modelo hegemónico implementada por las instituciones de salud. La institucionalización de la práctica médica y la ciencia quitó del camino a las mujeres parteras, reduciéndolas a un grupo muy mínimo actualmente.

Lua Catalina, una partera, que dice: "En nuestras comunidades, las parteras no solo asisten los nacimientos, sino que también son guardianas de la salud reproductiva de las mujeres. Conocen las hierbas medicinales que pueden aliviar el dolor del parto, saben cómo posicionar al bebé para facilitar un parto más seguro y están familiarizadas con las prácticas culturales que promueven la recuperación posparto. Nuestro trabajo es un compromiso con el bienestar integral de nuestras comunidades". Esta cita destaca el papel multifacético y holístico que desempeñan las mujeres parteras en las comunidades del Abya Yala, donde su labor va más allá de simplemente asistir en el parto, abarcando también el cuidado prenatal y posnatal, así como el uso de hierbas medicinales y prácticas culturales para promover la salud y el bienestar de las mujeres y sus familias.

En la política de la reproducción: Medicina, mujeres y planificación familiar en Colombia escrito por Lynn Morgan, examina cómo la introducción de la medicina occidental, particularmente a través de programas de salud pública y políticas estatales, ha contribuido a la marginalización de las parteras y otras sanadoras tradicionales en favor de la medicalización del parto y la atención prenatal. Da una




perspectiva amplia sobre cómo la medicina occidental ha influido en las prácticas tradicionales de partería y cuidado de la salud reproductiva en América Latina, incluyendo el Abya Yala.

Los saberes de las mujeres parteras organizaban lo social antes que lo institucional, las mujeres parteras en el uso de dar vida, de permitir la posibilidad de traer al mundo a un ser humano les dio el poder de ser mujeres importantes y las únicas que sabían cómo tratar un parto, la manera de fomentar un parto natural, a dar y animar a las madres a una lactancia materna, promover la salud y el bienestar de las mujeres y sus bebés.

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba -mujeres sabias-, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral. (Ehrenreich y English, 1988)

La institucionalización de la medicina se ha encargado de la segregación de las parteras, así como de satanizar esta práctica, la prohibición o reducción a su mínima expresión de la partería, ha sido una pérdida histórica para las mujeres. La partería es una práctica ancestral y tradicional, que se da aún en regiones con población indígena y rural.




El proceso de parto se remota a los inicios de la humanidad y su atención ha variado a lo largo de los años. Algunas investigaciones señalan que las mujeres primitivas parían solas en posición vertical, posteriormente en el año 40,000 a.C. el parto era atendido por el marido; y a partir del año 6,000 a.C. empieza a considerarse la ayuda en el nacimiento como un “arte” y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras con lo cual nace el oficio de la comadrona o partera. A partir del siglo XVII los médicos empezaron a interesarse por la obstetricia, iniciando los primeros estudios del parto y empieza a ser vista como una ciencia. (Ortiz, 2015)

Por lo que se refiere a México, cuando una mujer embarazada llega a un hospital público es sometida a malos tratos por parte de los doctores, dado a que se encuentra en un estado de indefensión y vulnerabilidad, lo que facilita que los doctores ejerzan malos tratos y mala calidad en la atención a la salud de la mujer embarazada.

Dos ocurrencias históricas que se dieron entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX a escala mundial, que explican la emergencia y consolidación de dicha hegemonía. Se trata de la institucionalización de los partos —que pasaron del espacio privado doméstico al hospital— y la profesionalización de su atención —que quitó de la escena a parteras formadas empíricamente y masculinizó la asistencia, por la imposibilidad de las mujeres de titularse formalmente en ese momento. (Rodríguez, 2009)

En 2013 se difundió el caso de Irma López Aurelio, una mujer indígena mazateca que no atendieron en el hospital en Oaxaca, ignorándola aun sabiendo que daría a luz a su bebé, los doctores afirmaron que no le entendieron lo que quería decirles porque su español no era comprensible, dicho caso levantó las alertas en México, haciéndose viral en internet este tipo de violencia obstétrica; en este caso, la CNDH emitió una queja por la violación a los derechos humanos de la mujer y la CNDH de




Oaxaca abrió una queja de oficio para ver si hubo negligencia en su caso. Tiempo después, en el año 2019, Dubravka Simonovic (Croata) presentó ante la Asamblea General de Naciones Unidas el informe titulado Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”. En el referido documento la Relatora Especial, analiza la cuestión del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como las causas profundas y los problemas estructurales que deben afrontarse para luchar contra estas formas de maltrato y violencia (Caman,2019). El informe pone hincapié en la preocupación, a nivel mundial, sobre las violencias ejercidas contra las mujeres y niñas indígenas y define que también es una violencia de género.

En 2008, el congreso de la ciudad de México define con claridad lo que es la violencia obstétrica, así como las acciones que son llevadas a cabo por parte de los trabajadores de la salud en contra de las mujeres y que son consideradas violencias.

4.1. **Modelo Médico Hegemónico.**

La MMH se inserta en una sociedad androcéntrica, patriarcal manteniendo un poder donde la mujer es vista como inferior, la MMH ha sido pensada, investigada, enseñada y ejercida por varones, siendo el hombre tomado como patrón universal. En la antigüedad esta MMH no existía, el poder de traer a un ser humano a la vida lo tenían las mujeres parteras.


El Modelo Médico Hegemónico se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde



el siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1998)


El estudio del MMH se ha centrado en los varones, en las enfermedades que a ellos aquejan, generaliza la enfermedad, síntomas y medicación a hombres y mujeres por igual, el estudiar a los hombres es estudiar al ser humano, poniendo el cuerpo de los hombres como único modelo a analizar. Este modelo institucionalizó la atención de los embarazos y partos, eliminando cualquier otro tipo de práctica para atenderlos. Este proceso de institucionalizar la atención de los partos y embarazos por medio de la MMH ha llevado a la normalización de la violencia obstétrica.

Al mandato cristiano clásico del “parirás con dolor” se sumó, como efecto de la extensión y normalización de la atención biomédica de los nacimientos, el mandato médico sobre cómo parir. Así, hace décadas se ha internalizado que la medicalización, patologización y sobre intervencionismo médico son naturales e inherentes al proceso perinatal. En paralelo, y a partir de las demandas de los feminismos y de las revisiones de los organismos internacionales de salud (Organización Mundial de la Salud —OMS—, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia —UNICEF—), se ha propuesto mundialmente deconstruir dicho modelo hegemónico y realizar modificaciones con el horizonte en un modelo humanizado, vinculado a una asistencia centrada en la fisiología, con enfoque de derechos humanos y género. La hegemonía médica. Al analizar la práctica médica en términos de hegemonía, se vuelve relevante e ineludible la referencia al concepto de modelo médico hegemónico (MMH) que designa al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados históricamente por la medicina científica, la cual logró identificarse en Occidente como la única forma legítima de atender la salud-enfermedad. (Castrillo, 2020)



En el año 2010 en el hospital IMSS clínica 47, tuve mi segundo parto en el cual por determinación del doctor se me realizó una cesárea, me pasaron a un consultorio para hacerme la raquia, mi mamá me dijo que no dejara que me hicieran eso porque toda mi vida me dolería la espalda y la cadera, yo les pregunté que si no había otra forma de anestesiarme y sólo me dijeron que no, que ese es el proceso, uno muy doloroso e incómodo, me senté y agaché lo más que pude aplastando a mi bebé, para que me metieran una aguja que se sintió muy grande en la columna y esa sensación de que me quitaron un líquido es algo sobrenatural e inexplicable, me inyectaron algo transparente por la vena, nunca se me dijo que me habían inyectado, no tuve opción, como paciente no tienes voz en esos casos. Es claro que se manejó un Modelo Medico Hegemónico (MMH) en esta situación, para el medico lo mas viable era hacer una cesárea y terminar con el proceso de parto de manera rápida. El sistema biomédico del parto es llevado a cabo precisamente por Doctores biomédicos, que realizan todo un proceso para dar un buen funcionamiento y así tratar el parto, además, utilizan sus pruebas y los resultados de las mismas para asesorar de forma correcta a los doctores y demás personal de salud.

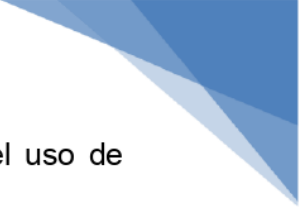
El sistema biomédico desarticula no solamente el cuerpo de la mujer gestante (útero, vagina, etc.), sino que también desarticula la misma de sus características personales e identitarias, elementos sociales e individuales percibidos como contaminantes (Sadler, 2004). Entonces, así como todas las mujeres son “mamita”, todas las mujeres deberán someterse a los mismos protocolos, independientemente de las singularidades de cada situación. Todas, pasarán por los mismos “rituales” de intervención.



El MMH ha existido desde finales del siglo XVIII como medicina científica, son prácticas y saberes que se han asumido de manera adoctrinada por la comunidad científica, y no da cabida a otras formas o disciplinas de llevar a cabo el ejercicio médico en general. La MMH es la única forma de atender la salud, las otras formas posibles de curar fueron consideradas inferiores, este modelo se impone como la única forma de atender la enfermedad y se encuentra legitimada por el poder científico y por el estado. El MMH está enfocado en el costo/beneficio, en la producción de medicinas y en el equipamiento médico. (Menéndez, 1988)

Este modelo, en cuestión obstétrica, trae consigo la medicalización del parto, de esta manera, los hospitales se convierten en una especie de fábrica, ve a las mujeres embarazadas como un producto inicial y a sus hijos como producto final, como si se tratara de un proceso de producción, volviéndose junto con los especialistas de la salud como parte del engranaje de un proceso deshumanizado. (ECVE producciones,2022)


En 2010, el doctor de la Clínica 47 del IMSS había realizado tres cesáreas en menos de 60 minutos, trayendo al mundo a tres bebés, lo que equivale a un bebé cada 20 minutos o una cesárea cada 20 minutos. La atención de los partos se da de forma despersonalizada, serializada y mecánica; los médicos atienden a las mujeres embarazadas de la misma manera, recetándoles medicamentos similares o dándoles un diagnóstico generalizado. A la MMH le interesa más la productividad, que en términos finales es monetaria, es decir, un beneficio para los hospitales particulares y públicos. La supremacía de la hegemonía biomédica es la dominancia del enfoque biomédico en la comprensión, cuidado, y manejo de la salud y enfermedad en una sociedad o cultura específica. Este enfoque pone énfasis en los



aspectos biológicos y fisiológicos de la salud y enfermedad, junto con el uso de tratamientos médicos y farmacológicos para tratarlas. Por otra parte, los países latinoamericanos han adoptado la cesárea como el camino a seguir para los partos de las mujeres embarazadas, y en los últimos años ha aumentado significativamente esta práctica, esto debido a que:

La hegemonía biomédica es central para entender cómo se ha construido el parto en un hecho médico que requiere la asistencia de profesionales biomédicos, amparado a su vez en el proceso de medicalización y patologización del proceso perinatal que los/as autoriza a ser los/as únicos/as legitimados/as para asistir e intervenir los nacimientos. Dicha autoridad proviene de la construcción del saber obstétrico experto, que se retroalimenta de los dos procesos recién señalados y garantiza, a su vez, la dominación sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos —el componente patriarcal. Finalmente, todo ellos se dan en el marco de una dominancia del enfoque de riesgo reproductivo, que, a su vez, retroalimenta la centralidad del trinomio tecnología, productivismo y gestión temporal de los nacimientos. (Castrillo, 2020)

En 2010 después de la raquia, la cesárea y la OTB, me sentí mal, algo me estaba pasando, tenía una angustia y un dolor de cabeza muy intenso, en algún momento le grité a la enfermera, le dije que no podía respirar y me dijo “tranquila, madre, es normal por la anestesia”, me tomó la presión y le vi cara de preocupación, al ponerme el oxígeno entré en pánico, no podía respirar y no veía nada bien, estaba con la mirada borrosa y me entró un estado de angustia. Me quería levantar y correr, salirme de allí. La enfermera llegó y me dijo, en tono molesto, que dejara de moverme, que tenía que dejarme el oxígeno, si no, no me iba a sentir bien, le dije que sentía que me moría y ella sólo prosiguió a ponerme de nuevo el oxígeno, mi




cuerpo temblaba, la enfermera fue por una cobija y me la puso encima y me dijo cálmese ya se le va a pasar, no le importo mi situación y se fue. Castro (2014) afirma que los y las profesionales de salud son formados por medio de un dispositivo “desvinculante” en el que se les entrena para tomar distancia emocional de sus pacientes. Desde la formación los estudiantes inician su contacto con la anatomía a través del trabajo con cuerpos literalmente fragmentados. (Canevari, 2011)

4.2. Violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es una violencia que ocurre cuando las mujeres buscan servicios relacionados con la obstetricia, que trata el embarazo, el parto o puerperio, así como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductores femeninos. Para que esta violencia obstétrica ocurra, el personal de la salud debe tomar control de la situación y del cuerpo de la mujer en estado de vulnerabilidad.


Se trata de un modelo altamente jerarquizado, misógino, en el que la autoridad y el poder están en manos de médicos, y quien demanda asistencia sanitaria, la paciente, adopta la posición de “sujeto pasivo”, carente de autonomía. Esto es lo que ocurre en el caso del embarazo y el parto, desde un primer momento, la gestante deposita su plena confianza en los profesionales convirtiéndose en su objeto de control, en una persona incapaz de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y carente de dominio sobre su propio cuerpo. (Casal-Moros, 2014)

Tuve dos experiencias de violencia obstétrica, en el año 2003 en el Hospital Xoco y 2010 en el IMSS clínica 47. En el año 2003, un viernes 3 de octubre, aproximadamente a las 6:30 de la mañana, me paré al baño, había roto la fuente



sin yo saberlo. Llegamos yo y mi esposo a urgencias del Hospital General de México, aproximadamente a las 10:30 de la mañana me llamaron y me hicieron pasar a un consultorio con un doctor, una doctora y dos pasantes hombres, me dicen "súbase a la camilla y levante las piernas", con problemas me podía subir, hasta que un pasante me ayudó, entonces comenzó la pesadilla.

Después de que estaba acostada y con las piernas arriba, el doctor les dijo a los pasantes: "háblenles a las niñas" y entraron otras dos mujeres pasantes, el doctor les dijo, "fíjense, así se hace un tacto", me dijo "póngase flojita", traté de hacerlo y sentí cómo me metió dos dedos y me los movía dentro de mi vagina, mientras los cuatro pasantes observaron y las mujeres escribiendo; el doctor les dijo, "tiene 2 de dilatación, aún no es tiempo, todavía tiene húmedo, doctora, ¿usted cómo ve?" La doctora le responde, "pues con eso no se puede quedar, debe de ir a caminar unas 3 horas y regresar". Después, dijo la doctora, "a ver, doctor, deje la reviso yo, sueltecita, madre, relájese de nuevo", y otra vez me mete los dedos y vuelve a decir, "no, doctor, ya tiene como 3 de dilatación, a ver ahora, uno de ustedes hágalo para que sepa cómo es la dilatación"; y de nuevo uno de los chicos hombres pasantes me hizo tacto. Al final me dijeron que no era candidata para quedarme en ese hospital, que tenía que ir mínimo con ocho o nueve de dilatación, me salí, obviamente muy lastimada de la vagina, en menos de 20 minutos me hicieron tres tactos. El tacto vaginal es siempre un tacto séptico, incluso realizándolo en las mejores condiciones asépticas, porque la vagina contiene bacterias, una flora que es inocua en la vagina misma, pero los dedos, por estériles que estén, arrastran




bacterias hasta el orificio externo del cuello, y a través de él, hasta la cavidad uterina que tiene pocas defensas contra la infección. (Acien-Alvarez. 1998)

Como acto de violencia obstétrica, Fernández Guillén (2015) también destaca que raramente la parturienta recibe información sobre las intervenciones a las que se va a someter, no se pide permiso, ni se dan explicaciones para realizar numerosos tactos vaginales que pueden ser llevados a cabo por parte del médico o de los estudiantes. Por tanto, sólo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles.

En los hospitales universitarios el examen vaginal que puede ser llevado a cabo por un residente, a veces tendrá que ser repetido y confirmado por el supervisor. Esto sólo puede hacerse bajo el consentimiento de la mujer. Bajo ninguna circunstancia debe una mujer ser forzada a someterse a frecuentes y repetidos exámenes vaginales por las matronas o residentes. (OMS, 1996)


Llegamos mi esposo y yo a las 11:30 al Hospital General Xoco, después de haber acudido al Hospital Juárez de la Ciudad de México sin que me atendieran, ya instalada esperé a ser atendida, casi una hora después a las 12:20 del día, entró una chica muy joven con medio bebé afuera de sus piernas, tirando sangre, yo sabía que a ella la atenderían primero y me quedé aterrorizada de verla caminar con su hijo muerto entre las piernas, la mujer botó sangre hasta el piso y recuerdo que los doctores dijeron algo como que necesitaba un legrado urgente, porque algo se le había atorado, en tanto que yo ya empezaba con las contracciones más fuertes, después llegó otra mujer en silla de ruedas llorando y sangrando también entre sus piernas, de igual manera tuve que esperar y la atendieron a ella, enseguida la



pasaron a quirófano para hacerle un legrado, también había perdido a su bebé, sentía mucho miedo, no tenía otra cosa en mi cabeza más que mi hijo naciera bien.

Tan solo entre 2013 y 2014 se presentaron ocho denuncias de este tipo de violencia ante la Comisión de Derechos Humanos, recurriendo a esta instancia porque el Estado no había ofrecido respuestas para la defensa de los derechos humanos de las mujeres en estado de gravidez (Sesia, 2017). Si bien diversos autores (Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017) sostienen que la violencia obstétrica se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres pobres, rurales o indígenas, es pertinente mencionar que la violencia obstétrica también está presente en mujeres no indígenas, de clases medias, así como residentes en las urbes. Los daños causados por la Violencia Obstétrica en las mujeres después del parto podrían percibirse a corto o largo plazo, con distintos grados de severidad, que en algunos casos pueden llegar a ser irreversibles. (Vargas, 2021).

A las 6:00 de la tarde me hicieron otro tacto y dijeron que tenía seis de dilatación, que me faltaba aún, en ese lapso recuerdo a una niña de quince años que estaba a dos camas de la mía, un doctor le dijo, que cómo era posible que estuviera embarazada de gemelos, qué estaba muy chica y muy flaca para tener esa panzota, la chica recostada de lado sólo gemía del dolor y trataba de reírse con lo que le decía el doctor; a lado de mí estaba una señora grande de edad, esa señora no gritaba del dolor, sólo se quejaba, a lado de su cama había una señora que decía ser su cuñada, resulta que ella era de Oaxaca y sería su onceavo hijo. Cuando los doctores pasaron a verla, uno de ellos, en tono de burla, le preguntó: "¿Cuántos años tienes, madre?", y la señora sólo se limitó a decir un "mmm". Su cuñada le habló en alguna lengua, porque la señora embarazada no hablaba bien el español, y la cuñada le contestó al doctor que tenía 42 o 47 años, no recuerdo con exactitud,




el doctor prosiguió a decirle: "¿Qué madre, ¿quiere formar al equipo de futbol o qué?". Usted ya no está en edad de tener hijos y, aparte de todo, tiene sobrepeso", y la cuñada le traducía a la señora lo que el doctor decía. Después, le comentó al otro doctor: "Yo creo que no tiene televisión en su casa", y se rieron los dos. El doctor le comentó a la cuñada que le tenían que hacer cesárea, que le avisara que la iban a operar para ya no tener bebés porque para el siguiente embarazo se iba a morir. La cuñada le comentó que no podía operarla porque en su pueblo ellas debían de tener los hijos que Dios les manda. El doctor se volvió a burlar y le dijo: "Pues a ver si Dios le va a mantener a los hijos".

Según Jojoa-Tobar (2019), la Violencia Obstétrica psicológica posee dos subcategorías:

1) la violencia verbal y el impedimento de las gestantes para expresarse libremente; y 2) la omisión del derecho a la información y la autonomía en la toma de decisiones tanto de la gestante como de su familia en el proceso del parto. Las agresiones verbales, consisten en burlas, humillaciones, insultos, trato deshumanizado, menoscabo de sus necesidades, ignorar los temores o las inquietudes de la paciente. (Hidalgo-Lopezosa, 2016)

Pereira Ramirez (2013) nos dice que, dentro de la violencia obstétrica, adquieren un especial protagonismo las madres adolescentes, en las que, dada su condición de vulnerabilidad, se encuentran expuestas con mayor riesgo a situaciones de violencia. Florencia Belli (2013) opina que, de igual manera, es frecuente que mujeres que se encuentran en situación de pobreza o mujeres indígenas, debido a una discriminación por parte de los profesionales sanitarios o a una percepción de




determinadas actuaciones médicas como violentas, no demanden atención obstétrica profesional y se decanten por tener partos en casa.

A las 7 de la noche me dio una contracción muy intensa y pujé, entonces toqué con mis manos mi vagina y sentí la cabeza de mi bebé, le grité a la enfermera: ¡enfermera, ya tengo la cabeza de mi bebé afuera!, ella gritó algo como código naranja o rojo, no lo recuerdo, en ese momento llegaron tres enfermeras, dos doctores y una doctora, cerraron las cortinas pues estaba dando a luz en la sala de espera, no me rasuraron, no me limpiaron, se supone es algo que deben hacer por el bien del bebé, y que al salir no agarre ninguna infección. Mi bebé estaba tan pequeñito, midió 50cm, no hubo necesidad de que me cortaran la vagina para que saliera, sólo pujé una sola vez y salió mi bebé, recuerdo que la doctora le dijo al doctor que pasó a verme: ¿Cómo es posible que no se dieron cuenta que ya estaba a punto de parir?, y el doctor se limitó a decirle que no se me veía nada. Yo quería gritarle a la doctora que sí le había dicho al doctor que ya sentía que ya venía mi bebé y me ignoró.

El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica uno de los motivos por los cuales la violencia obstétrica aún permanece invisibilizada. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarte de servicios de salud gratuitos. (Belli, 2013)

En ningún momento me llevaron a mí bebe a la sala materna como a las otras chicas, no pude darle leche porque no me lo dieron inmediatamente como a las otras mamás, yo sé que no se podía porque estaba en incubadora, pero sí podía sacarme la leche y que se la dieran las enfermeras, era triste estar allí sola viendo




a todas con sus bebés sanos, recuerdo que no me dieron nada de comer hasta el otro día. Al otro día me dieron de alta. Como mujer me sentí menospreciada, no pude darle leche materna a mi hijo, no quería volver a tener una experiencia así, no quería volver a tener otro bebé.

Con respecto a llevar al bebé inmediatamente con su mamá y al contacto precoz piel con piel, existe evidencia científica que demuestra que se trata de una fuente de beneficios para ambos. Mientras que para el bebé supone una facilidad para establecer el vínculo y adaptarse a la vida extrauterina, normalizar antes su temperatura y glucemia y conseguir una lactancia de éxito, ya que pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, a la madre le ayuda a secretar oxitocina que facilita la reducción del tamaño del útero al mismo tiempo que evita emociones negativas. (Alcaide, 2015)

Seis años después, cuidándome con pastillas anticonceptivas quedé embarazada de un segundo hijo, tenía 27 años. El domingo 7 de febrero de 2010 volví a romper la fuente, pero con mucho menos líquido y de un color rosa, más espeso y con muy poco dolor, ya había hablado con mi esposo para que me hicieran la OTB para no tener bebés si me hacían cesárea, y si era parto natural él tenía que hacerse la vasectomía. Mi doctor me había dicho que no era recomendable porque la tasa de mortalidad de los niños es de cinco años, que él me recomendaba mejor esperar y hacérmela después, pero hasta allí quedó esa consulta.

La oclusión tubárica bilateral (OTB) se convirtió en un método quirúrgico muy accesible en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial; los avances en las técnicas han llevado a la OTB a ser un procedimiento seguro, efectivo y de costo-beneficio apropiado, lo que produjo un incremento significativo en su uso, hasta ser uno de los métodos de planificación familiar más utilizados en la actualidad. En 1990, se realizó la




OTB al 22% de mujeres casadas en edad reproductiva en países en vías de desarrollo, mientras que en países desarrollados fue únicamente al 11%. (Wilcox, 1992)

Recuerdo pasar al consultorio, me hicieron un ultrasonido y tacto, el doctor sólo se limitó a decir: pásenla a cama porque se va a operación; señora, usted ya no tiene líquido y su hijo puede tener daño o morirse, otra vez volví a recordar todo lo que pasé en mi anterior embarazo. Le pregunté: “disculpe doctor”, ¿operación?, ¿es una cesárea?, él se limitó a verme con cara de, “señora, está tonta o estúpida, claro que es una cesárea”. De allí me llevaron a un cuarto largo con muchas camas, había poca luz y me pasaron a una cama a esperar porque había una embarazada ya en quirófano, me hicieron la raquia sin darme explicación, y no tuve otra opción de anestesia.

Digno de mención es el caso de México. En dicho país, el número de cesáreas ha aumentado notablemente en los últimos años situándolo, a nivel mundial, como uno de los países con el porcentaje de cesáreas más elevado. Dicho porcentaje, según García Alonso (2015), alcanza el valor del 46% quedando prácticamente igualado al número de partos vaginales y es que, el aumento de las cesáreas supera al descenso de los partos. El número de partos instrumentalizados ha disminuido, pues los profesionales de la medicina se decantan por las cesáreas que son más previsibles. Además, destaca que la mayoría de las cesáreas son programadas e injustificadas desde el punto de vista médico. Considera que conforme avanza la edad de la parturienta, se incrementa la posibilidad de cesárea programada. Del mismo modo, relaciona las cesáreas con el nivel de escolaridad. Expresa que dicho porcentaje se eleva a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre.

Recuerdo que mi vientre me dolía muy fuerte, no sabía que la OTB dolía más que la cesárea, pero pude bajar a ver a mi hijo y darle leche materna del banco, porque



no podía sacarme la leche, después de la visita me paré tratando de darme ánimos y fui hacia la ventana, tuve ganas de aventarme. Por la tarde noche me sentía muy mal, aún tenía la presión alta, pero la doctora me dio de alta. Saliendo del hospital mi esposo me llevó con nuestro doctor particular, y me dijo que ¿Cómo era posible que me habían dado de alta con esa presión que tenía?, que podía morirme si seguía así, que fue bueno que me hubiera operado para no tener bebés porque si tenía un tercer embarazo me moría yo o se moría él bebé, me medicó y dio recomendaciones, me dijo que me sacara la leche porque eso me estaba haciendo daño, y que tratara de estar tranquila; poco a poco me fui componiendo, la operación de la OTB había sido la más dolorosa. Salí de esa situación, que ahora sé que era depresión postparto, cosa que nunca me explicaron, ni siquiera la preclamsia, yo no sabía qué era eso hasta que el doctor particular me explicó.


En el periodo posparto, durante el segundo a tercer día es común que la madre presente sentimientos de depresión y ansiedad, los cuales al principio se deben al desbalance hormonal sobre todo de progesterona. Sin embargo, es poco probable que las hormonas sean la única causa, existen otros factores que también provocan esos sentimientos, tales como dificultades en la lactancia, complicaciones durante la gestación, parto o posparto. (Chen, 2019; UNICEF,2022)

Preeclampsia (PE) es una complicación del embarazo que se da a partir de las 20 semanas, caracterizada por la aparición de hipertensión arterial en la madre, la cual puede coexistir con complicaciones hepáticas/renales, hematológicas, neurológicas e incluso afectar el crecimiento fetal. Mundialmente afecta alrededor del 4,6% de todas las mujeres embarazadas, siendo considerada una forma grave de un trastorno inmunitario durante la gestación, debido a su patología vascular y un estado de hiper-inflamación. (Caropreso, 2020)

4.3. Pactos patriarcales (contrato sexual)


Los pactos patriarcales son acuerdos tácitos arraigados en la estructura social, cuya identificación resulta ardua dada su naturaleza enmascarada bajo una fachada de beneficencia que no admite cuestionamientos. Han sido internalizados y legitimados por los hombres, pasando de una generación a otra, promoviendo la hegemonía masculina y relegando a las mujeres a una posición de invisibilidad y subordinación, mantenidas como inferiores a los varones. Justamente y hablando sobre pactos patriarcales, un ejemplo muy claro de ellos son los contratos matrimoniales y los contratos sexuales. Un contrato establece un derecho político de los varones sobre las mujeres y el acceso al cuerpo de las mismas.

En 2010 después de saber que se me haría una cesaréa, yo le dije al doctor: “oiga, doctor, ¿Me pueden operar de una vez para no tener bebés?”. Él me respondió que si estaba segura porque esa operación ya no era reversible, que si conocía las consecuencias de hacérmela. Le dije que sí. La última pregunta que me hizo fue: “Usted está casada, ¿verdad?, ¿Su esposo está de acuerdo con esa decisión?” Y yo le dije sí, que ya lo hablamos, y me dijo: “la dejo unos segundos para que lo piense bien”, yo le contesté que no tenía que pensar nada, que yo ya no quería tener bebés, él sólo se rio. Regresó el doctor y me dijo que necesitaba que mi esposo le firmara que estaba de acuerdo con la OTB que me iban a realizar, y le dije que ya le había firmado, que no era necesario que firmara mi esposo. Él sólo insistió en que necesitaba la firma de mi esposo. Como mujer me surgen muchas dudas en la manera de ver el contrato sexual implícito en la conducta que el doctor llevó a cabo al pasar por alto mi autoridad, decisión y firma para realizarme una



OTB. Pero en mi experiencia creo que funcionó de tal forma que cuando mi esposo firmó para que me pudieran realizar esa operación, le comentaron que era para estar como responsable por si me llegaba a pasar algo o se complicaba la operación. En un principio así lo pensé durante muchos años, hasta que me encontré con los textos que hablan acerca de qué es lo que implica un contrato sexual para las mujeres casadas. El doctor pidió la autorización de mi esposo para hacerme la OTB, esto quiere decir que mi esposo tiene todo el poder sobre mis decisiones y sobre qué hacer o no con mi cuerpo. Dicho de otro modo, el pacto originario es tanto un pacto sexual como un contrato social, es sexual en el sentido de que es patriarcal, es decir, el contrato establece el derecho político de los varones sobre las mujeres y también es sexual en el sentido de que establece un orden de acceso de los varones al cuerpo de las mujeres (Pateman,1995).


Las mujeres hemos estado subordinadas, subestimadas e invisibilizadas con estos actos y pactos patriarcales en los cuales la mujer que está casada y firma un contrato matrimonial debe de someterse, porque así lo dicta la ley y la historia. Hasta hace algunos años, en 2007, aún se leía la epístola de Melchor Ocampo, en donde se nos decían nuestras obligaciones como esposas hacia nuestros esposos, una epístola que se leyó en los casamientos por más de 130 años y que nos obligaba a ser abnegadas, compasivas, bellas y lo peor, darle obediencia al esposo, así como venerarlo. Yo, como esposa y mujer, el día que me casé leyeron la epístola, y no sentí esas palabras tan violentas y autoritarias como las siento hoy en día, normalizamos y aceptamos esa epístola porque así se puede formalizar un matrimonio y darle validez a la familia, la procreación de todos los hijos que el varón



quiera, eliminando por completo la opinión y el sentir de las mujeres. Considero que en el contrato matrimonial viene implícito el contrato sexual, aunque en un principio me costó trabajo entender a que se refería el contrato sexual, es algo que no podemos ver hasta que nos topamos con el concepto o con lecturas que hablan sobre él. Personalmente puedo decir que en mi matrimonio no he sufrido de violencia sexual, o algún otro tipo de violencia física, pero sé que la idea de que debemos obedecer y venerar a nuestros esposos hace que los varones piensen que son dueños de nuestro cuerpo y que pueden hacer con él, lo que a ellos les plazca, así como usarlo para la reproducción de hijos e hijas y que actualmente aún se siguen pasando esas ideas de hombre a hombre.

El patriarcado moderno no está sustentado en primer término y sin más en la sujeción familiar de las mujeres. Las mujeres se comprometen en relaciones sexuales con los varones y son esposas antes de convertirse en madres de familia. La historia del contrato sexual se centra en relaciones heterosexuales y en las mujeres en cuanto que seres sexuados encamados. La historia ayuda a comprender los mecanismos mediante los cuales los hombres afirman el derecho de acceso sexual a los cuerpos de las mujeres y reclaman el derecho de mando sobre el uso de los cuerpos de las mujeres. (Pateman.1995)

Cuando el doctor pidió la firma de mi esposo para poder realizarme la OTB en mi segundo parto, yo tenía ya el conocimiento de mi cuerpo, mi decisión, lo escuchaba mucho en las campañas pro aborto, tal vez no era un aborto el que me quería realizar, pero sí es una manera de truncar la reproducción de más seres humanos; me puse a pensar en mi autonomía corporal, si desde mi primer parto yo quería hacerme la OTB, tal vez todos esos efectos secundarios que conlleva hacerse esta operación, ni siquiera sean ciertos, y simplemente los doctores por sus ideas y su



educación dan esas recomendaciones, generándonos miedo, porque el miedo paraliza. La idea de no permitir que un hijo quede solo, desprovisto de alguien con quien crecer o quedarse solo en caso de que los padres fallezcan, se emplea para influenciarnos a las mujeres a seguir lo que la sociedad y los hombres consideran adecuado para nuestro bienestar físico y nuestra existencia. Incluso en el segundo parto me volvieron a decir toda esa letanía de advertencias, pero no, yo hablé fuerte y le dije al doctor que ya no quería bebés, que pidiera la firma que quisiera, pero me tenía que hacer la OTB de una vez. ¿Qué hubiera pasado si mi esposo no hubiese firmado para la OTB?, seguramente me la hubieran negado y hubiera tenido más hijos, porque la palabra y las decisiones de un hombre valen más que las de la mujer. Es importante reconocer y respetar la voz de las mujeres tanto como la de cualquier individuo, ya que todos tienen el derecho esencial de ser escuchados y tener credibilidad. Esta práctica es esencial para fomentar la equidad de género, asegurar la justicia y la imparcialidad, fortalecer a las mujeres y forjar comunidades más equitativas y participativas.

La categoría de sexo es el producto de la sociedad heterosexual que impone a las mujeres la obligación absoluta de reproducir «la especie», es decir, reproducir la sociedad heterosexual. La obligación de reproducción de «la especie» que se impone a las mujeres es el sistema de explotación sobre el que se funda económicamente la heterosexualidad. (Wittig.2006)

V. MARCO JURÍDICO

¿Qué dicen las leyes y normatividades sobre la violencia obstétrica en México?

5.1 La Ley de Salud en su artículo 61 y 61Bis

Nos habla sobre la protección materno-infantil, la salud materna y que todas las mujeres embarazadas tenemos el derecho a tener servicios de salud y respeto a nuestros derechos humanos.

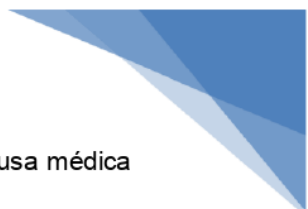
5.2 Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México

En esta ley, que ha sido reformada el 8 de marzo de 2019, en el capítulo I, artículo 6º, se habla sobre los tipos de violencia que se ejercen contra la mujer, y en el apartado adicionado el 11 de julio de 2017 trata el tema de la violencia obstétrica:

[...] **VII. Violencia obstétrica:** Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:


- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos;
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;

- 
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer;
 - d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
 - e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o; Imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (CongresoCDMX, I legislatura, 2019)

En esta ley está ya con más claridad lo que es la violencia obstétrica, los casos en los que también, por realizar la omisión de estas acciones, se considera como violencia obstétrica, aunque en mi opinión se deben de sumar más situaciones en las que se lleve a cabo este tipo de violencias, ya que no menciona el trato no empático hacia las mujeres en condición de parto, ni el mal trato verbal.

Violencia obstétrica en México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (en adelante ley general y leyes de acceso), que regulan las políticas públicas en la materia. La ley general no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local sólo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango, y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas. (GIRE, Grupo de información en reproducción elejida,1992)

La segunda dimensión de la violencia obstétrica es la psicológica, que incluye “El trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica



obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto” (Medina, 2009).

Normas

5.3 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010


Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Esta norma oficial mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido sano. Esta norma se complementa con al menos otras 27 normas que tienen que ver con la salud del niño y de la madre, así como de la vigilancia, prevención, promoción e información sobre la salud. (Salud, N. D. S,1993)

5.4 Guías de práctica clínica (realización de operación cesárea)

Reducción de la frecuencia de operación cesárea. Guía de referencia rápida catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-048-08. En esta guía se habla sobre no realizar inducciones innecesarias, esperar la labor del parto, formar un comité de vigilancia, tener una segunda opinión antes de hacer una cesárea, involucrar a las familias y pacientes en programas de educación continua, realizar talleres, utilizar la oxitocina de forma correcta antes de determinar hacer una cesárea. (Huerta, 2012)

En cuanto a la normatividad de la violencia obstétrica, creo que son muy pocos los estados que penalizan este tipo de violencia, (Aguascalientes, Yucatán, Estado de México, Veracruz, Guerrero, Quintana roo y Chiapas), en el caso de la Ciudad de México no hay algo claro, al menos en el código penal no lo hay.

Aguascalientes: Código Penal para el Estado de Aguascalientes, Artículo 157. Responsabilidad profesional médica. La Responsabilidad Profesional Médica consiste en: (REFORMADA, P.O. 2 DE FEBRERO DE 2015)(ADICIONADA, P.O. 11 DE JUNIO DE




2018) IX. Incumplir o dejar de realizar los actos o los protocolos necesarios para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio o emergencias obstétricas; (ADICIONADA, P.O. 11 DE JUNIO DE 2018) X. (REFORMADA, P.O. 2 DE JULIO DE 2018)

XI. [...] Fuente:
<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoResultadoBusqueda.aspx?q=CMDddE+Bke8KMN205Fd+CjUc23jMymtQWKgUNG>

Estado de México: Código Penal del Estado de México Capítulo IV Violación Violencia Obstétrica [N. DE E. EN RELACIÓN CON LA ENTRADA EN VIGOR DEL PRESENTE ARTÍCULO, VÉASE TRANSITORIO SEGUNDO DEL DECRETO QUE MODIFICA EL ORDENAMIENTO.] (REFORMADO [N. DE E. ADICIONADO], G.G. 14 DE MARZO DE 2016) Artículo 276. La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, o degradantes. Comete este delito el personal de salud que: [...] Fuente:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal>

Guerrero: Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, no.499 Publicado: P.O. 1 agosto 2014 Delitos cometidos en contra de un integrante de la familia y delitos por discriminación contra la dignidad de las personas Capítulo II Violencia de género Delitos cometidos en contra de un integrante de la familia y delitos por discriminación contra la dignidad de las personas Capítulo II Violencia de género Artículo 202.[...] Fuente:
<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoResultadoBusqueda.aspx?q=pwUhdNvCSySjs8D73SRJEIKGsmL8drLFc5GI6w6W4woaxZ1WMd4IKIGOmjIPrszl9nm6cbrwkbVXKQZ2TdK>

Veracruz: Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave Publicado: 7 de noviembre 2003. Última reforma: 1° de diciembre 2015. Título XXI Delitos de violencia de género (ADICIONADO CON EL ARTÍCULO QUE LO INTEGRA, G.O. 2 DE ABRIL DE 2010) Capítulo III Violencia obstétrica (ADICIONADO, G.O. 2 DE ABRIL DE 2010) Artículo 363. 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; [...]

<http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoResultadoBusqueda.aspx?q=dBwlr2Y8dQHxR0t4KBWx2XzzyRug5zBAMvIRMyrHMJ>

Chiapas: Código Penal para el Estado de Chiapas Publicado: P.O. 14 marzo 2007 Última reforma: 21 de septiembre de 2015 Libro Segundo Parte Especial (REFORMADA SU DENOMINACIÓN, P.O. 24 DE DICIEMBRE DE 2014) Título Primero 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 Ter Violencia Obstétrica (ADICIONADO, P.O. 24 DE DICIEMBRE DE 2014) Artículo 183 Ter. [...] Fuente: <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=Dxg6iFAPyzNofbJ0DboXWqsXP9dDgrxyJVOr/QYM>


Yucatán: Código Penal para el Estado de Yucatán (ADICIONADO, D.O. 31 DE JULIO DE 2019) ARTÍCULO 243 QUINQUIES. Comete el delito de violencia obstétrica el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas que, durante el embarazo, el parto, el puerperio o en emergencias obstétricas de las niñas, adolescentes o mujeres: I.- No las atienda o no les brinde la atención oportuna y eficaz, de manera injustificada; [...] Fuente: <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfOrdenamientoDetalle.aspx?q=yLCRK3+ahFHoVMbofUuBwFMeuio4i+x3N8BhIGKus>

Quintana Roo: Código Penal para el estado libre y soberano de Quintana Roo (ADICIONADO, P.O. 4 DE JULIO DE 2017) Artículo 112 BIS. Comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que: I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; [...] Fuente:

VI. Conclusiones


Como conclusión puedo decir que por medio de este trabajo pude tener un panorama más amplio sobre la violencia obstétrica ejercida contra las mujeres y sus vínculos con el Modelo Médico Hegemónico y los pactos patriarcales. La violencia obstétrica (VO) puede desempeñar diferentes roles políticos dependiendo del entorno y las jerarquías de poder presentes. La VO se emplea como medio para ejercer dominio sobre ciertos grupos de mujeres, como aquellas que se encuentran en situaciones de marginación o vulnerabilidad debido a su condición socioeconómica, etnia, género u otras particularidades. La violencia obstétrica puede mantener el status quo en sistemas de salud que favorecen determinados enfoques médicos, promoviendo así la supremacía de la medicina occidentalizada y tecnológica en detrimento de las prácticas médicas tradicionales o alternativas. Este fenómeno puede estar motivado por intereses económicos, políticos y sociales que buscan perpetuar un sistema de salud favorable a grupos, empresas o instituciones específicas. La violencia obstétrica puede ser utilizada como un medio para ejercer control y poder, mostrando y fortaleciendo las diferencias de poder en la sociedad, así como los intereses políticos y económicos presentes en el sistema de salud, no es casual que la industria farmacológica y quirúrgica sean una de las más millonarias a nivel mundial.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) ha influido en la configuración de una jerarquización y clasificación en el ámbito del poder biomédico a través de diversos



discursos y prácticas como: La concentración del saber biomédico, el MMH postula que el conocimiento médico occidental, respaldado por la ciencia y la tecnología, es superior a otras formas de conocimiento en medicina, como las terapias tradicionales o alternativas. La profesionalización en el ámbito médico ha sido impulsada por el MMH, al establecer criterios y estándares concretos para la formación y ejercicio de los médicos. Este proceso ha generado una estructura jerárquica dentro del gremio, donde los médicos se sitúan como las máximas autoridades en temas de salud, relegando a otros profesionales como enfermeras o parteras a una posición subordinada. El MMH ha fortalecido la influencia de las instituciones médicas, como hospitales y clínicas, estas entidades ejercen un gran poder sobre la atención sanitaria de las personas, definiendo qué prácticas y tratamientos son válidos y aceptables. Control sobre la reproducción y la salud de la mujer, en obstetricia, el MMH ha contribuido a la medicalización del parto y el embarazo, convirtiendo a los médicos en los principales agentes del proceso de atención obstétrica. Esto da como resultado que las decisiones y preferencias de las mujeres embarazadas a menudo están subordinadas al consejo médico, lo que puede conducir a violencia obstétrica y pérdida de autonomía reproductiva.


El MMH ha configurado una jerarquización y clasificación que desde la estructura de poder biomédico ha estigmatizado, inferiorizado y deslegitimado lo indígena, lo afro y lo femenino; de allí, la obligatoriedad de insistir en la medicina ancestral y el entramado de creencias propio de ella. La confrontación entre los enfoques médicos alopático y tradicional ha sido objeto de exhaustivos análisis, mostrando diferencias sustanciales en sus fundamentos discursivos, epistemológicos y prácticos. Estas



discrepancias se manifiestan en la dicotomía entre lo profano y lo sagrado, la razón frente a lo místico, y la visión técnica y relacional del proceso salud-enfermedad. A pesar de estas discrepancias, las comunidades indígenas han demostrado una notable habilidad para fusionar y enriquecer ambas formas de tratamiento médico, logrando armonizarlas para abordar de manera más integral las necesidades de salud. Este fenómeno de complementariedad desafía la idea de confrontación entre los enfoques médicos y destaca la relevancia de tener en cuenta diversas perspectivas en el campo de la salud. A pesar de ello, sigue existiendo una tendencia dominante del enfoque alopático, que se refleja en su predominio en distintos ámbitos, tanto técnicos como sociales, generando desafíos en cuanto a la igualdad y variedad en la prestación de servicios médicos.

Saber que también la medicina hegemónica ha sido un sistema diseñado por hombres y para hombres, que en un inicio no era cuestionado y que por el simple hecho de ser científico tiene más peso que otras maneras de llevar a cabo la medicina, en este caso los procesos de cómo llevar a cabo un parto de forma mecanizada, deshumanizando a las mujeres y a sus bebés.

Existe personalmente la necesidad de sanar los traumas por la violencia obstétrica que recibí en mis dos partos, la violencia obstétrica se dio en contextos en los que aun, no se contaba con información amplia sobre estas violencias obstétricas. Estas actitudes eran totalmente normalizadas y como lo dije anteriormente se siguen normalizando, pero ahora en 2024, ya se cuenta con información y leyes que nos defienden y obligan al personal de salud a tratar con dignidad a la mujer. También está, la necesidad de replantear las lógicas de la atención médica y en especial de



la obstétrica, la necesidad de recuperar los conocimientos de las mujeres respecto el parto desde un lugar menos institucionalizado.

La realización de esta autoetnografía, me concedió reconocer y aceptar que fui víctima de violencia obstétrica y que me dejó secuelas las cuales debo trabajar. Ver la importancia de que las mujeres sepan identificar estas violencias y malas acciones por parte de los trabajadores de la salud. Como sociedad debemos quebrantar esas ideas patriarcales sobre la supremacía de los doctores y de la medicina científica, que se rompan esas ideas de pensarnos inferiores solo porque somos pacientes o mujeres. Es indispensable que las mujeres cuenten con la información adecuada sobre VO, a fin de que no se sientan solas, que existen grupos de apoyo a la mujer, casas de apoyo a la mujer, redes y grupos de acompañamiento a las mujeres o redes de mujeres como nuestras abuelas, madres, hermanas, primas y amigas que nos ayudan a defendernos de todas las violencias que ejercen sobre nosotras. Que se sepa que nuestra experiencia si tiene que ver con lo político, ya que enfatiza que la opresión, la discriminación o la desigualdad que experimentamos las mujeres no es sólo un problema personal, sino que tiene sus raíces en estructuras políticas y sociales más amplias, y que cualquier problema o desafío experimentado a nivel individual también tiene implicaciones políticas más amplias y puede requerir cambios en los niveles político y social para abordarse de forma efectiva. “Lo personal, es político” Esta cita ha jugado un papel importante en el feminismo al resaltar la intersección entre lo personal y lo político y alentar a las mujeres a reflexionar sobre cómo sus experiencias personales se ven afectadas y contribuyen a estructuras de poder más amplias.

BIBLIOGRAFÍA

Anzorena, C. (2008). Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. *Utopía y praxis Latinoamericana*. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200003

Barbero, A. (2021). *Malparidas: violencia obstétrica hacia mujeres madres durante partos y cesáreas en el conurbano bonaerense* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Luján). <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/1313/05%20%20Barbero%20Agustin%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bellucci, M., & Muñoz, C. (2019). *Historia de una desobediencia: aborto y feminismo*. Capital intelectual. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zs3gDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=Silvia+Federici>

Borja Salazar, J. C. (2021). *Justicias feministas: memoria, anonimato y estética del escrache* (Master's thesis, Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8324>

Brown Grossman, Flor y Domínguez Villalobos, México: desigualdad, económica y género. México, Facultad de Economía/PUEG/UNAM, pp. 71-100. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018833802015000200003&script=sci_arttext

Cabnal, L. (2010). Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. *Momento de paro Tiempo de Rebelión*, 116(3), 11-25. <https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://rosalux-ba.org/wp-content/uploads/2020/03/minervasfinal2PAGINAS.pdf>


Cámara, D. D. (2014). Código Penal Federal. México, DF Noviembre, 30. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>

Cárdenas García, N., & Guerra Manzo, E. (2009). Integrados y marginados en el México posrevolucionario: los juegos de poder local y sus nexos con la política nacional. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130848327568606848>

CPEUM, C. P. D. L. E. (1992). Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 5. <http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/DRII/normateca/nacional/CPEUM.pdf>

Castrillo, B. (2020). Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica. *Argumentos (Buenos Aires)*, (22), 309-329. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14132/pr.14132.pdf

Cobo Gutiérrez, C. (2016). La violencia obstétrica. Repositorio, Universidad de Cantabria, 33. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C..pdf?sequence=4&isAllowed=y>



Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and law*. Clarendon Press. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=R3vkyVbQBNkC&oi=fnd&pg=PR23&dq=Cook+RJ,+Dickens+BM,+Fathalla+M.+Reproductive+health+and+human+rights.+Integrating+medicine,+ethics+and+law.+New+York:+Oxford+University%3B+2003.&ots=QOWK-v90Tn&sig=B4DdIFUdgXALcvcTx->

Curiel Pichardo, R. Y. O. (2009). *Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. Teoría y pensamiento feminista*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75231>

ECVE, producciones, (2022, febrero 3). Clip 06 Modelo Hegemónico en Medicina. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=vshP9sFshWg>

Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños, 56. <http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://tintalimon.com.ar/public/mqeb5o1lmazzo6syob23d23h84c3/Revolucion%20en%20punto%20cero.pdf>

Galeana, P., Ebrard, M., & Robles, J. N. (2011). Inauguración del Museo de la Mujer. *Boletín de la Federación Mexicana de Universitarias*. <https://femumex.org/wp-content/uploads/2023/10/b-0108.pdf>

García, G. B. M., & Berrio, L. R. (2020). Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. *Violencia obstétrica en América Latina*, 103. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63819833/VIOLENCIA_OBSTETRICA_EN_AMERICA_LATINA_Quattrocchi_e_Magnone_202020200703-120410-17ibr7-libre.pdf?1593791670=&response-content-

García, S. G., Lara, D., & Goldman, L. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*, 139(s1), 91-102. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10919>

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), & GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). (2013). Capítulo 4: Violencia obstétrica. Omisión e Indiferencia. *Derechos reproductivos en México*. <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>

Gutiérrez, M., & Montaña, M. J. (2020). *Manual rosa: alto a la violencia de género*. https://chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repo.mondragonmexico.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/170/Manual%20Rosa_%20alto%20a%20la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero.pdf?sequence=1

Gutman, L. (2009). *La revolución de las madres. El desafío de nutrir a nuestros hijos*. Barcelona, Integral. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50487372/la_revolucion_de_las_madres_00-libre.pdf?1479855149=&response-content

Federal, A. L. D. D., & Legislatura, I. (2008). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura*.

México, 29.

https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf

Hernández, M. J. G. (2009). Las sufragistas británicas y la conquista del espacio público: integración, recreación y subversión. *Arenal. Revista de historia de las mujeres*, 16(1), 53-84. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/arenal/article/view/1488/1672>

Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, 4(6). https://gracielamedina.com/wp-content/uploads/2022/06/22-5-05-3_18-PM.pdf

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30, 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Meseguer, C. B., Pay, M. D. L., & Román, C. M. (2012). La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *RECIEN: Revista Científica de Enfermería (España)*, (4), 2-14. <file:///C:/Users/HP/Downloads/DialnetLaExploracionVaginalDuranteLaAsistenciaAlParto-5417718.pdf>

Mogrovejo, Norma, (2019) Descolonizar y desterritorializar el amor romántico. Blog spot, México. <https://normamogrovejo.blogspot.com/2019/>

Pateman, C. (1995). El contrato sexual. México. *Anthropos*. <https://jcguanche.files.wordpress.com/2014/01/131498859-carole-pateman-el-contrato-sexual-1995.pdf>


Pérez Orozco, A. (2007). Cadenas globales de cuidado. *Documento de trabajo*. http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5044/Desigualdades_a_flor_de_piel.pdf?sequence=1&rd=0031497056656073

Radio encuentros. 2016. *Criminalización de la justicia indígena: El caso de Nestora Salgado en México*. Colectiva editorial hermanas en la sombra. México. <https://www.spreaker.com/episode/criminalizacion-de-la-justicia-indigena-el-caso-de-nestora-salgado-en-mexico--43597283>

Rea Ángeles, Patricia, Montes de Oca Zavala, Verónica y Pérez Guadarrama, Karla. (2021). " Políticas de cuidado con perspectiva de género ". *Revista Mexicana de Sociología* 83, núm. 3. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018825032021000300547&script=sci_arttext

Salinero Rates, S. M. (2021). " Fue un terremoto": violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate feminista*, 62, 142-168. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-066X2021000200142#B28

Segato, R. L. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e estado*. https://www.feministas.org/IMG/pdf/libro_ritalaurasegato.pdf



Smaldone, M. (2017). El trabajo doméstico y las mujeres. *Revista Feminismos*, 71-84. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/90298>

Solian, C. B. (2016). *El poder del parto* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense De Madrid). https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/el_poder_del_parto_tfg_clara_britos_y_sara_lopez.pdf

Sosa del Rio, V. (2023). Dios, patria y familia. Un análisis de los discursos de oposición a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en el marco de los debates parlamentarios de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2018 y 2020). https://www.google.com/search?q=RDUNVM_3e06c0e0259aa9b0142bf14b0e735c94&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Souza, Dalia, *et al*, (2020). La maternidad será deseada, elegida, voluntaria, informada, colectiva o no será. Reportajes. *Resistencias feministas. México*. <https://www.zonadocs.mx/2020/05/10/la-maternidad-sera-deseada-elegida-voluntaria-informada-colectiva-o-no-sera/>

Tena Huerta, A. F., & Bustamante Montes, L. P. (2014). Causas de referencias para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el centro especializado de atención primaria a la salud de San Miguel Chapultepec Bicentenario durante 2012. <https://core.ac.uk/download/pdf/55520087.pdf>

Valiente, N. G. L., Guerra, G. D. L. Á. M., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A., & Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=consecuencias+de+la+violencia+obstetrica&btnG=

Valverde Caman. F. 2019. Informe " histórico" de la ONU sobre la violencia contra la mujer, en los servicios de salud reproductiva y la violencia obstétrica. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63324997/Informe_ONU_violencia_mujeres_en_salud_reproductiva-convertido20200515-66105-1mo7ymc-libre.pdf

Vela, Barbara Estefanía. (2017) La discriminación en el empleo en México. México: *Instituto Belisario Domínguez. Senado de la Republica*. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3854/completo%20Discriminacion-08-12-2017.pd?sequence=1&isAllowed=y>

Velasco Murillo, V., Navarrete Hernández, E., Cardona Pérez, J. A., & Madrazo Navarro, M. (1997). Medicina social. Aspectos epidemiológicos de la operación cesárea en el IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GRR.pdf>

Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>

Wittig, M. (2006). El pensamiento heterosexual. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/EI-Pensamiento-Heterosexual-Monique-Wittig.pdf>