



LA RAZÓN HISTÓRICA.
Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas
ISSN 1989-2659
Número 51, Año 2021, páginas 41-63
www.revistalarazonhistorica.com

VIOLENCIA OBSTETRA EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

OBSTETRIC VIOLENCE ON MEXICAN HEALTH CARE SYSTEM

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño

Cristina Ulloa Espinosa

Resumen

La violencia en sus expresiones estructurales (institucionales) o directas (relacionales), es un factor característico de la atención en salud materna en México. Esta violencia es posible observarla desde los obstáculos en el goce del derecho a una vida sana y a un proceso de parto y puerperio digno, condicionado en gran medida por cuestiones socioeconómicas, hasta en las relaciones de autoridad/poder/control que ejerce el personal sanitario sobre las mujeres que asisten a las instituciones de salud para atenderse en el proceso de parto, la cual se traduce en un 33.7% de los casos a nivel nacional en violencia obstetra.

Este artículo aborda la violencia obstetra desde la conceptualización y categorización de la violencia y su contextualización en el sistema de salud mexicano y en los programas destinados a la salud materna, entendiendo que la violencia obstetra, si bien se desarrolla en el marco institucional de los sistemas sanitarios y obedece a concepciones estructurales de índole social, debe ser considerada y evidenciada dentro del enfoque de violencias de género contra las mujeres pues recoge elementos suficientes de lo que se considera violencia de género.

Palabras Clave: Violencia, Obstetricia, Sistema Mexicano de Salud, Género

Abstract

Institutional and relational violence are present in maternal and perinatal health in Mexico. It is possible to observe these expressions of violence from the obstacles in the enjoyment of the right to a healthy life and a dignified childbirth and puerperium process, largely conditioned by socio-economic issues, to the authority/power/control relationships that health personnel exercise over women who attend health institutions for labor and delivery. This violence translates into 33.7% of the cases nationwide in obstetric violence.

The article approaches obstetric violence from the conceptualization and categorization of violence and its contextualization in the Mexican health system and programs aimed at

maternal health. Recognizing that obstetric violence, although developed in the institutional framework of health institutions, and obeys structural conceptions of a social nature, must be understood within the approach of violence against women as it includes sufficient elements of what is considered gender violence.

Key Words: Violence, Obstetrics, Mexican Health System, Gender

Introducción

La violencia se ha estudiado, principalmente, desde el prisma relacional interpersonal, como respuesta agresiva premeditada para la gestión de situaciones de conflicto. En este sentido interpersonal, García & Benito (2002:176-177) afirman que la violencia constituye un tema de una relevancia social indiscutible, en tanto que sus manifestaciones suponen una alteración, más o menos grave según los casos, que rompe las reglas del juego social democrático. Para Cabello (2012:39), la violencia es un elemento central en el conflicto, nos sirve como parámetro para diferenciar los conflictos positivos de los negativos, a lo que agrega Ortuño (2014:153) que puesto que hay conflictos sin violencia, pero generalmente la violencia suele ser la manifestación de un conflicto preexistente. Al respecto aporta Larrauri (2015:78) que la violencia es una acción contra el natural modo de proceder, y se refiere a su vez a lo violento como aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo. Agrega que violentar se trata de poner a alguien en una situación violenta, hacer que se moleste o se enoje. Al respecto añade Sarmiento (2004:65) que la violencia es una interacción personal que afecta gravemente a la persona en su dimensión psíquica y física, siendo uno de los elementos que traiciona la posibilidad de una vida digna.

En este sentido, la violencia se presenta como una estrategia fabricada, premeditada y aprendida que altera el orden natural de las relaciones interpersonales y que busca generar malestar. Respecto al hecho de que la violencia no es una respuesta natural, como sí lo sería la agresividad, incorpora Fernández (2004:54) que dentro de las teorías explicativas de la violencia, ésta se considera como algo inherente a la naturaleza humana como respuesta fisiológica a situaciones de amenaza o peligro a las que se responde con agresión, no obstante hay otras corrientes teóricas que dan gran importancia al contexto de aprendizaje y consideran tal agresión maligna como

algo que se aprende. En este sentido Rojas (2005:19-20) afirma que la violencia humana no es instintiva, sino que se aprende. Las semillas de la violencia se siembran en los primeros años de la vida, se cultivan y se desarrollan durante la infancia, y comienzan a dar sus frutos malignos en la adolescencia. Añade Vinyamata (2005:30) que la violencia surge como una deformación, una exageración de nuestra capacidad de reacción, de las capacidades vitales por superar las dificultades y desarrollar esfuerzos de sobrevivencia.

Por otra parte, el enfoque social de la violencia determina el componente estructural condicionante de elementos como la distribución económica, las características sociodemográficas o los patrones relacionales o simbólicos de las sociedades, generadores y sustentadores de las violencias sociales. Indica Baró (2017:78) que la violencia es un fenómeno multicausal cuya explicación radica en la presencia e interacción de un número considerable de determinantes sociales, religiosos, políticos, raciales, etc., y distintos elementos situacionales que hacen de este problema uno de los retos más complejos de la contemporaneidad. Así pues, la cuestión no es hallar una única causa de la violencia sino definir el problema en diferentes direcciones: origen, cómo se explica y las motivaciones. En este sentido remarca Sarmiento (2004:65) la necesidad de estudiar los factores implicados en el origen y causa directa de la violencia para su total aplacamiento es parte del compromiso y responsabilidad en el entorno sanitario.

El fenómeno de la violencia hacia las mujeres, en sus diferentes modalidades, es un hecho constatado en México. En este sentido afirma Kumar (2013:250) que la violencia física, sexual y emocional es un fenómeno común en la vida cotidiana de las mujeres mexicanas. Añade Martínez (2018:174) que estamos en un nuevo marco donde las luchas y reivindicaciones feministas se entrelazan y resignifican desde donde asistimos a la redefinición y fortalecimiento de las luchas sociales de mujeres. Por esto, se hace relevante desde la posición de las ciencias sociales y humanas el estudio de las causalidades de las violencias para comprender las consecuencias, las afectaciones y determinar y proponer acciones de regulación, control y cambio social hacia el bienestar de las mujeres.

Especialistas en el tema de la violencia obstetra en México la consideran como un fenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del orden social de género (Almaguer, García & Vargas, 2010). La presencia de actos de violencia obstetra en las mujeres mexicanas pueden constatarse en datos, algunos de los cuales serán referidos posteriormente, no obstante este estudio pretende agregar la dimensión valorativa o la percepción de estos fenómenos desde el punto de vista de la mujer violentada con el objetivo de relacionar la semántica de la teoría con la valoración de la realidad.

1. Categorización de la violencia y su vinculación con la teoría de género

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder contra uno mismo, otra persona, colectivo o sociedad que tenga como consecuencia causar una situación difícil de tolerar y que pueda poner en peligro la integridad física, psicológica o moral de la persona afectada. Navarro (2013:99) define la violencia no sólo como el ejercicio explícito y directo de la fuerza para obtener alguna meta, contra la voluntad de alguien. Como afirman Evangelista & Miranda (2018:168-169) existe una gama variopinta de expresiones de la violencia que van desde actos frecuentes, sistemáticos, cotidianos, escurridizo, naturalizados y normalizados (denominados incivildades, violencias pequeñas, microviolencias y micromachismos) hasta agresiones severas que son vistas como hechos excepcionales y aislados. Pero todas ellas muestran un continuum que implica conexiones entre las múltiples formas de violencia. En este sentido amplio, la nueva definición de la violencia incluye también la aplicación indirecta, no fácilmente perceptible y quizá no necesariamente consciente o inmediatamente voluntaria, de la fuerza estructural que se traduce por explotación, imposición o dominio. Se entiende dominio como el uso abusivo del poder desde las posiciones de privilegio relacional (en el caso interpersonal) o social (poder político, económico o legislativo).

1.1. Violencia institucional

Corral-Manzano (2019:103) sostiene que al referirnos a violencia, lo primero que se piensa son los actos bélicos o el daño físico, esto lleva a la normalización de otros tipos de violencia como la simbólica o la que se produce a través de prácticas médicas que se adueñan o patologizan los procesos reproductivos de las mujeres. Al respecto, indica Bodelón (2014:132) que la dimensión institucional de las violencias contra las mujeres es una de las novedades que la perspectiva feminista ha incorporado al análisis de dicho fenómeno.

La violencia directa es la violencia manifiesta, es el aspecto más evidente de ésta (física, verbal o psicológica) mientras la violencia estructural se trata de la violencia menos perceptible e intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo (Calderón, 2009:75). La violencia cultural son aspectos culturales o simbólicos de la experiencia social que pueden utilizarse para justificar la violencia directa o estructural. Explica Hueso (2000:137) que cuando la violencia se desata como consecuencia de un conflicto, la tarea principal es pararla porque la violencia es perversa en sí misma y porque cuando ésta aparece, hace que el conflicto sea más difícil de manejar y, consecuentemente, de encontrar vías de solución. Agrega Harto (2016:135) que la violencia tiene 6 dimensiones:

Cuadro 1: Dimensiones de la violencia

Distinción entre violencia física y psicológica	La violencia física es la que opera sobre el cuerpo, mientras que la violencia psicológica opera sobre el alma.
Distinción entre el enfoque negativo y la aproximación positiva de la influencia	Una persona puede verse influida no solamente si se le castiga cuando hace algo que quien influye considera erróneo, sino también si es recompensada por hacer algo que éste considera correcto.
Distinción en función del objeto	Objeto que reciba el daño. La amenaza del uso de la violencia, aun cuando finalmente no se lleve a la práctica, constituye en sí un acto de violencia.
Distinción en función del sujeto	Al tipo de violencia en la que hay un actor que comete el acto violento se la denomina violencia personal o directa, mientras que al tipo de violencia en la que no existe tal actor se la denomina violencia estructural o indirecta

Distinción entre violencia deliberada y no deliberada	Concepto de intencionalidad y consecuencia del hecho causado. La violencia estructural se combate poniendo énfasis en las consecuencias, no en la intencionalidad.
Distinción entre violencia manifiesta y latente	La violencia manifiesta (interpersonal, intergrupala o estructural) es observable. La violencia latente es algo que no está presente pero puede desencadenarse fácilmente [tensiones previas]

Fuente: Elaboración propia a partir de Harto (2016:135-136)

Como se observa en el Cuadro 1, los 6 factores a los que refiere el autor, determinan el enfoque desde el que se aborda la gestión del conflicto, un enfoque con base en aspectos violentos. La concepción del binomio sujeto-objeto, con una determinante ejecución de poder o control con base en relaciones asimétricas. Además, el autor muestra la trascendencia interpersonal hacia el espacio institucional-colectivo evidenciando la violencia estructural. Esta trascendencia hacia los sistemas globales incide en la normalización de los patrones de relación violentos y la cultura de la violencia. Para comprender el impacto, el arraigo o la gravedad de un conflicto, es importante identificar las manifestaciones violentas que surgen de forma simultánea, así como la incidencia dimensional de ésta hacia las estructuras sociales.

La violencia institucional no sólo incluye aquellas manifestaciones de violencia contra las mujeres en las que el estado es directamente responsable por su acción u omisión, sino también aquellos actos que muestran una pauta de discriminación o de obstáculo en el ejercicio y goce de los derechos. González (2013:494) refiere a la invisibilidad de las mujeres y de las actividades femeninas, así como el escaso interés científico en hacer visible la participación de las mujeres en todos los órdenes de la existencia humana. Además de la identificación entre los hechos de los varones y los hechos de la humanidad, de una sociedad y de una cultura. El androcentrismo aparece como una característica del sistema patriarcal, cuando es más bien lo contrario: el patriarcado sólo es posible en un sistema ideológico androcéntrico en el que la autoridad se funda en el principio de la supremacía de lo masculino sobre lo femenino. El elemento simbólico generado de forma artificial por los elementos culturales androcentristas justifica una ejecución de roles sociales donde el colectivo masculino, desde la posición de privilegio, control y dominación, somete al colectivo

femenino violentando los actos cotidianos de desarrollo personal así como los actos de desarrollo social o comunitario todo ello con base en un elemento naturalizador/legitimador que impide un ejercicio crítico de reflexión, transformación y cambio social tendente al mantenimiento de un orden social indiscutible. La historia de la violencia, indica Marchese (2019: 9), revela que está vinculada a la pobreza y con estados de enfermedad, hasta llegar a la elaboración de una fisionomía del sujeto reconvirtiendo narrativamente a las víctimas en sus propios verdugos. Al respecto indica Vezzetti (2010:5) que es preciso reconocer los aspectos sociales de la violencia, intentar desnaturalizar lo naturalizado, encontrar lo general y lo particular social. Una temática heterogénea como la violencia hacia las mujeres requiere entonces de la consideración simultánea de relaciones/situaciones de poder desigual: sociales, económicas, territoriales, de simbologías de género, etc.

2. Conceptualización de la Violencia Obstetra

Mediante un exhaustivo análisis documental a través de fuentes primarias (publicaciones y material bibliográfico), así como de fuentes secundarias (encuestas y material estadístico oficial) se ha profundizado en la etimología de la violencia obstetra, así como en los elementos teóricos relacionados con ésta. Además de un acercamiento a la problemática desde fuentes que han permitido comprender el panorama actual de esta tipología de violencia y de su alcance en México.

Anteriormente se hacía referencia al poder como forma de aplicación indirecta de la fuerza estructural que se traduce por explotación, imposición o dominio del grupo privilegiado hacia el resto de colectivos sociales. Este ejercicio de sometimiento estructural produce situaciones violentas en los grupos que viven a expensas de las ejecuciones de los grupos que ejecutan el poder desde una simbología de autoridad, jurisdicción o mando. En una sociedad patriarcal, donde las responsabilidades, autoridades o la distribución de roles de poder se basa en el androcentrismo, genera que los grupos sometidos sean aquellos que responden a las identidades o al imaginario de género femenino. En este sentido indica González (2013:494) que el

androcentrismo se centra en la definición de los procesos de construcción de identidades, como las categorías de masculino y femenino, categorías que establecen el lugar que ocupan unos seres humanos en relación con otros y las relaciones de control de unos seres humanos sobre otros (poder).

Cuando se piensa en el poder como elemento de control o dominio social generador de violencia social, la tendencia es identificar los espacios relacionados con la economía, la política o la producción privada. El poder, definido por Lagarde (2005:154) es la capacidad de decidir sobre la propia vida y como tal es un hecho que trasciende al individuo y se plasma en los sujetos y en los espacios sociales donde se materializa como afirmación, satisfacción de necesidad y consecución de objetivos. Otro elemento debe incorporarse en este análisis sobre poder como elemento de control/dominación: el espacio sanitario. Contreras-Tinoco (2018:57) refiere que el autoritarismo del quehacer médico y los procesos de poder/subordinación que se dan entre las mujeres embarazadas y los actores médicos provendría del *habitus* médico que incorpora prestigio, distinción y estatus y que dota a la medicina de cierto poder/saber sobre la administración, disciplinamiento y control de la vida y salud de las poblaciones y cuerpos con base en conocimientos validados por la ciencia. Siguiendo con el poder institucional sanitario, Vezzetti (2010:5) afirma que las acciones institucionales, entre ellas también las sanitarias, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, político, económico, de saberes, etc. Al respecto indica Camacaro (2013:186) que uno de los graves problemas de la violencia contra las mujeres radica en la legitimación cultural/institucional que transita en el colectivo social. La atención a la salud sexual y reproductiva es uno de los campos más nutridos de prácticas legitimadoras de la violencia de género, dentro de éstas el discurso-praxis obstetra.

Almaguer, García & Vargas (2010:7) afirman que son diversos los estudios que han aportado evidencias sobre las acciones que pueden dificultar el proceso de trabajo de parto y que se relacionan con la violencia obstetra. La OMS indica cuatro elementos esenciales que dificultan este proceso: la falta de apoyo psicoemocional más allá del biológico; la restricción o control del contacto madre-hijo (arriesga el

establecimiento del vínculo y la recepción del calostro); la posición del cuerpo durante el ejercicio de parto (litotomía); y la ejecución de cesarí sin causa médica imperante (con procedimiento dudoso de consentimiento). Estas situaciones generan estrés favoreciendo la producción de adrenalina, hormona que inhibe la oxitocina, necesaria para generar confort y bienestar para sobrellevar el trabajo de parto. La presencia de adrenalina genera malestar físico, estrés físico e irritación. Todo ello se traduce como sufrimiento, angustia y dolor.

El proceso de parto se desarrolla en un entorno institucional sanitario que debe proveer y asegurar a la madre (y su red de apoyo) un emplazamiento garante de bienestar. No obstante Camacaro (2013:187) indica que el abuso de poder sanitario, generador de la violencia en el proceso de parto, puede estar presente tanto en lo privado como en lo público porque la obstetricia se sustenta en una lógica de intrusión médica concebida desde un paradigma bio-médico-tecnocrático, el cual convierte el hacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas inamovibles e incuestionables, que silencian a las parturientas por dichas normas y rutinas, dejándoles pocas posibilidades de confrontación dado que son el objeto de trabajo y no las protagonistas del proceso.

2.1. Maternidad en el Sistema de Salud Mexicano

En México, el sistema de seguridad social tiene sus orígenes en la Constitución de 1917, dónde se definen los derechos de los trabajadores, entre ellos su derecho a la sanidad pública. En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) seguido del Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y posteriormente los institutos especiales para trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y las Fuerzas Armadas. Estas instituciones cuentan con clínicas y hospitales para la atención en salud y tradicionalmente han protegido exclusivamente a los trabajadores, principalmente hombres y sus familias (Zárate, y otros, 2019).

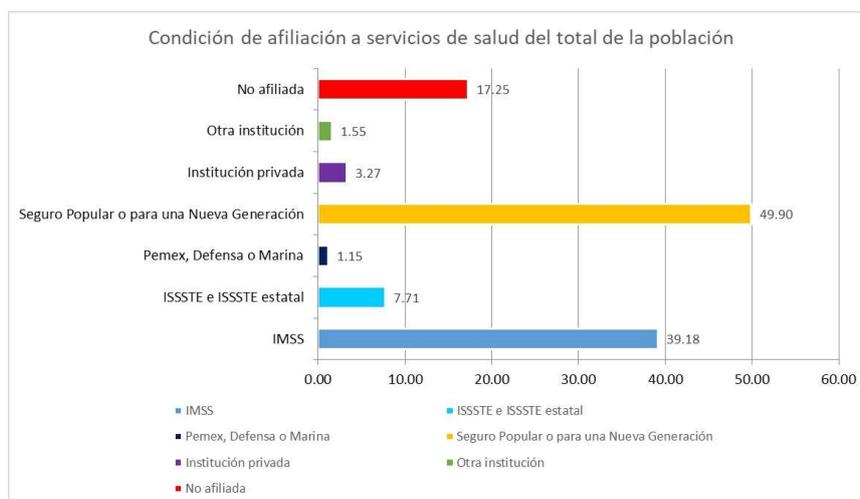
No es hasta 1983, con la promulgación de la Ley General de Salud, que se reconoce el derecho a la protección de la salud de toda la población sin importar su condición

económica, sexo o raza (Zárata, y otros, 2019). Sin embargo, la institucionalización de un sistema de salud pública en el marco de la entrada del neoliberalismo al país tuvo consecuencia la desarticulación de la acción estatal y el lento avance en el proceso de garantizar una vida saludable a toda la población (Hernández, 2007).

Para inicios de la década del 2000, más del 50% del gasto total en salud provenía del gasto privado, del cual más del 90% era gasto personal de bolsillo (Zárata, y otros, 2019). Lo que quiere decir que las familias estaban sufragando los gastos de la atención en salud. Ante esta situación, se creó el primer Sistema de Protección Social en Salud en México, el Seguro Popular, el cual tuvo como objetivo reducir los gastos de bolsillo de la población más vulnerable y garantizar el bienestar de la población desprotegida por los sistemas existentes de seguridad social (Tapla-Conyer, 2016).

Gracias a la creación del Seguro Popular, la población sin afiliación a alguna institución prestadora de servicios de salud disminuyó alrededor de un 35% entre 2006 y 2016 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016), y de acuerdo con los datos disponibles más recientes, el 49% de la población está afiliada al seguro popular; 47.81% a los seguros de corte contributivo (IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, SEDENA y PEMEX); 3.27% tiene seguros de salud privados y 17.25% de la población no se encuentra afiliado a ninguna institución prestadora de servicios de salud (INEGI, 2015).

Ilustración 1: Distribución de la condición de afiliación a instituciones de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (2015), Encuesta Intercensal.

Notas:

*Los límites de confianza se calculan al 90 por ciento.

1. La distribución porcentual de la condición de afiliación a servicios de salud se calcula respecto de la población total.

2. El porcentaje para cada institución de servicios de salud se obtuvo con respecto de la población afiliada. La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a las personas que están afiliadas en más de una institución de salud.

Acceso a los datos brutos: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

La cantidad de instituciones prestadoras de servicios de salud, así como las profundas diferencias en sus carteras de servicios, hacen que el sistema de salud mexicano, de por sí fraccionado, sea sumamente ineficiente. Sumado a ello, la reciente incorporación de una perspectiva del derecho a la salud, en el que el Estado es el responsable de garantizar el bienestar de toda la población especialmente de la más vulnerable, aún no es visible en todas las estrategias de salud pública. Por lo tanto, si bien la afiliación de la población a los sistemas públicos ha aumentado considerablemente en los últimos años, aproximadamente 14% de la población que requiere atención médica decide acudir a las instituciones privadas (INEGI, 2015). Es en este contexto en el que se analiza la situación de la salud materna y acceso a servicios de salud de las mujeres embarazadas en México.

En 1993 se creó el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos y los comités estatales, los cuales han permitido visibilizar la problemática de la mortalidad materna, y a partir de la década del 2000, impulsar políticas públicas específicas para disminuirla. Las estrategias adoptadas desde entonces se han centrado en la resolución de las emergencias obstétricas en el segundo nivel de atención y, en menor medida, en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de emergencia a través de las Redes Seguras de Atención Materna. Estas Redes son integrada por centros de salud y hospitales con la finalidad de acercar los servicios de atención y seguimiento a las mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio (Alcalá, Díaz, Lachenal, Pérez, & Toledo, 2019).

Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en México se redujo en un 57.8%, no obstante, en el año 2012 el riesgo de morir por una causa relacionada con el embarazo era cinco veces mayor para las mujeres de los 100 municipios más pobres

del país y tres veces mayor para las mujeres indígenas (Atkin, Keith-Brown, Ress, & Sesia, 2017).

Si bien a través del seguro popular y de la Estrategia de Embarazo Saludable implementada desde el año 2008, se buscó proteger a las mujeres más vulnerables acercándoles servicios de atención en salud gratuitos, el incremento en la afiliación de mujeres al Seguro Popular no ha estado acompañado de una mejora en la calidad de la atención sanitaria. Resultado de ello es el aumento del porcentaje de las mujeres fallecidas durante el embarazo, parto y puerperio afiliadas al Seguro Popular pasando de 33.1% en 2009 a 53.7% en 2015 (Alcalá, Díaz, Lachenal, Pérez, & Toledo, 2019).

Ilustración 2: Muertes maternas por afiliación a instituciones de servicios de salud



Fuente: Alcalá Gómez, E., Díaz Echeverría, D., Lachenal, C., Pérez Romero, M., & Toledo Escobar, C. (2019). Evaluación de diseño del programa de acción específico sobre salud materna y perinatal.

Nota: Acceso a los datos brutos http://saludmaterna.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191105_DOCUMENTO_EVALUACION_SMYP.pdf

La ilustración 2 pone en evidencia la incapacidad del Seguro Popular de proteger de manera efectiva a las mujeres durante el proceso del embarazo y parto, además de una constante en la desigualdad por acceso al tipo de servicios de salud. Son las mujeres más vulnerables, es decir, aquellas sin acceso a los servicios de salud de las instituciones de corte contributivo o aquellas sin la posibilidad de acceder a los servicios privados de salud, quienes tienen mayores probabilidades de morir en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

Por otro lado, investigaciones recientes han identificado y visibilizado algunas problemáticas de los servicios de salud materna y sus resultados en el país. Problemáticas que van desde cuestiones relacionadas con el modelo con el que se aborda la salud materna, hasta la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los recursos con los que cuentan las instituciones responsables de prestar la atención en salud.

En el primer caso, se observa que 96% de la atención a mujeres embarazadas se concentra en los hospitales de segundo nivel, lo que ha provocado una saturación en las instancias de salud y la adopción de prácticas rutinarias no basadas en evidencia, así como la excesiva medicalización del parto. Esto ha llevado a México a ocupar el cuarto lugar a nivel mundial y el segundo en América Latina en tasa de cesáreas, la cual ha incrementado casi en 50% en los últimos 15 años. (Atkin, Keith-Brown, Ress, & Sesia, 2017).

Una de las consecuencias de lo anterior es que las mujeres se han visto privadas de su derecho de decidir de manera informada los procedimientos y tratamientos con los que serían atendidas. Dicha situación es un reflejo de las relaciones de poder que ubican a las usuarias en una situación de subordinación de sus cuerpos frente al modelo biomédico de violación de su autonomía para decidir (Alcalá, Díaz, Lachenal, Pérez, & Toledo, 2019).

Por su parte, Moreno, Becerril & Alcalde (2018) identifican en su investigación que tanto la producción científica como la experiencia de las personas prestadoras de servicios de salud coinciden en reconocer una serie de problemáticas relacionadas con la mala calidad de la atención. Esta se expresa como: malas actitudes del personal en la atención a las mujeres embarazadas; alto índice de rechazo para la atención; falta de seguimiento del personal de salud al puerperio; falta de trato digno; entre otras cuestiones. A ello se suma una relación médico-paciente inadecuada expresada como: falta de confianza de las usuarias en los servicios de salud; limitada comunicación entre el médico y la paciente; falta de información para la mujer embarazada sobre el proceso y sus posibles complicaciones.

Ante las problemáticas antes descritas, se ha propuesto incorporar el ejercicio de la partería profesional con la finalidad de disminuir la saturación de los hospitales y de dignificar la atención en salud materna ya que se considera que “ en los servicios centrados en la mujer, las mujeres deben ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quién parir, en el marco de los derechos humanos” (Atkin, Keith-Brown, Ress, & Sesia, 2017). Para ello, se han impulsado iniciativas en el marco legal y normativo del país, así como en la Secretaría de Salud y en los Servicios Estatales de Salud. Si bien ha habido avances en la materia, la falta de un marco regulatorio federal ha hecho que el desarrollo e implementación de un modelo integrado por parteras quede en iniciativas aisladas que a menudo enfrentan resistencias a cambios de gobierno, liderazgos o prioridades personales (Atkin, Keith-Brown, Ress, & Sesia, 2017).

Por otro lado, en relación con los recursos con los que cuentan las instituciones prestadoras de servicios de Salud, investigaciones recientes sugieren que los recursos financieros, humanos, de infraestructura y de medicamentos son insuficiente para atender con calidad a las mujeres embarazadas (Moreno, Becerril, & Alcalde, 2018; Alcalá, Díaz, Lachenal, Pérez, & Toledo, 2019).

En términos financieros, entre el 2013 y el 2018 el presupuesto público en salud disminuyó un 18.61% en términos reales. Esta situación afecta principalmente a las mujeres y aún más a las mujeres embarazadas ya que en 2016 el 54.2% de las personas afiliadas al Seguro Popular eran mujeres en edad reproductiva, y de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud el 46.7% de los recursos del Seguro Popular correspondían a la atención ginecobstetra (Alcalá, Díaz, Lachenal, Pérez, & Toledo, 2019).

Por su parte, en términos de organización de los servicios de salud se expresan como problemas los siguientes: la mala gestión administrativa en hospitales y primer nivel de atención, el desconocimiento de la problemática de la salud materna por los directivos; falta de recursos humanos en unidades médicas; entre otros. Y en cuanto a la infraestructura inadecuada se reconocen como problemas: fechas para interconsultas de embarazos de riesgo lejanas e incluso agendadas después de la

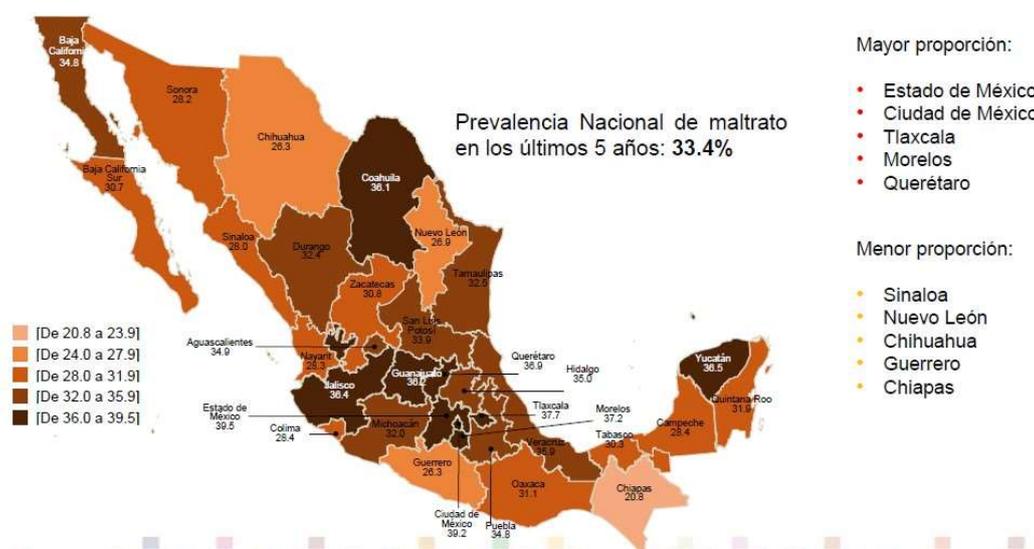
fecha de parto; tiempo de espera prolongado para la atención de la mujer embarazada en unidades de salud; sobresaturación de pacientes, entre otros (Moreno, Becerril, & Alcalde, 2018).

Atender las problemáticas anteriormente descritas de forma integral y con las mujeres como protagonistas, permitirá disminuir las violencias a las que se encuentran expuestas las mujeres en su embarazo, parto y puerperio.

3. Planteamiento del problema: violencia obstetra en México

La violencia obstetra, percibida como diversas formas de maltrato a la mujer gestante, en proceso de parto o lactante, se ha identificado como problemática de interés socio-sanitario, incursionando así en las principales encuestas mexicanas que miden problemáticas de salud y violencia social. En concreto, la ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares), en conjunto con INMUJERES (Instituto nacional de las Mujeres) ha incorporado ítems referentes a aspectos violentos durante los procesos de embarazo, parto y lactancia y han arrojado las siguientes informaciones.

Ilustración 3: Indicadores de violencia obstetra en México



Fuente: ENDIREH, 2016

Nota: Acceso a los datos brutos en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

En la ilustración 3 se representa la incidencia de violencia obstetra en México, siendo la frecuencia nacional del 33.4% de las mujeres atendidas formalmente en sus trabajos de parto las que se vieron afectadas con este tipo de violencia. Destacan las áreas centrales del país: Estado de México, Ciudad de México o Tlaxcala con una frecuencia mayor que la media de la Federación (por encima del 36% de casos afectados). Chiapas, Guerrero y Chihuahua son los estados menos afectados con esta tipología de violencia de género.

Ilustración 4: Lugar donde fue atendido el parto

Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron



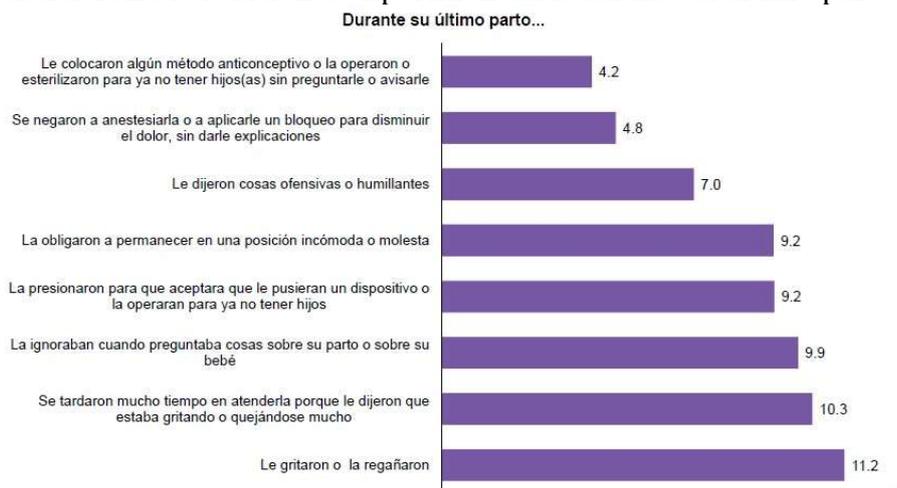
Fuente: ENDIREH, 2016

Nota: Acceso a los datos brutos en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

En la Ilustración 4 se representa la distribución de las instituciones responsables de la atención sanitaria durante el proceso de parto donde se reconoce, por parte de las pacientes, la práctica de actuaciones violentas. Destaca el IMSS con una frecuencia de más del 40% de casos en los que se aplican procesos violentos durante el trabajo de parto. Los sistemas públicos representan un índice relevante de hechos violentos a las pacientes en el proceso de parto mientras que las instituciones privadas presentan una incidencia mucho menor (18.2% de casos en los que se aplican procesos violentos durante el trabajo de parto). Llama la atención el escenario de

parto doméstico, pues apenas representa un 4.5% de pacientes que reconocen haber sido violentadas de alguna forma durante su proceso. De esta información se puede extraer que la violencia obstetra está presente tanto en espacios privados como públicos, aunque es este último escenario donde predomina.

Ilustración 5: Situaciones experimentadas durante el último parto



Fuente: ENDIREH, 2016

Nota: Acceso a los datos brutos en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

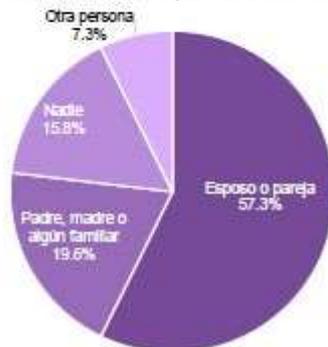
En la Ilustración 5 se representa las diferentes formas de expresión de las diversas violencias en relación al proceso de parto. La más frecuente es el trato vejatorio por medio de gritos o regaños (11.2%) seguida de la gestión ineficaz del tiempo de espera (10.3%) y la desinformación deliberada a la madre (9.9%). Destaca el elemento del control de la contracepción pues las mujeres identifican el hecho de ser obligadas a asumir un sistema anticonceptivo (9.2% de las frecuencias al referir violencias obstetras) que llevada al extremo representa la colocación sin consentimiento de un dispositivo contraceptivo (4.2% de las frecuencias al referir violencias obstetras).

Ilustración 6: Aplicación de procedimiento de cesárea

De las 3.7 millones de mujeres que tuvieron cesárea:

- 10.3% no fue informada de la razón de la cesárea, y
- 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla.

Persona que dio la autorización para realizar la cesárea



Fuente: ENDIREH, 2016

Nota: Acceso a los datos brutos en <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

La Ilustración 6 identifica el procedimiento negligente con respecto a la petición de consentimiento o la aplicación de un proceso de cesárea. Los datos muestran que el 57.3% de los consentimientos para la realización de la persona queda a cargo del esposo o pareja de la mujer en trabajo de parto. En segundo lugar, la figura paterna o, en su caso la materna, representando un 19.6% de los casos. Una cifra a destacar es el 15.8% de las prácticas de esta intervención que se realizan sin consentimiento de nadie, por iniciativa médica particular. Destacable también el dato de que el 10.3% de las mujeres que tuvieron cesárea (casi 400 mil mujeres) no fueron informadas debidamente del motivo de la misma.

4. Conclusiones

Como se ha determinado anteriormente, la violencia es una expresión negativa ante la gestión de un conflicto. Se considera negativa pues su impacto no genera ningún efecto positivo ni en las personas implicadas en el conflicto (no lo resuelve) ni en la causa que ha originado ese conflicto (insatisfacción de necesidades), por lo tanto, se considera la peor de las estrategias de afrontamiento. En el caso de la violencia obstetra, es una expresión ante un conjunto de causas diversas (en su mayoría

estructurales de impacto institucional) como son los procedimientos mecanizados, sobrecarga de los sistemas sanitarios, protocolo institucional rígido, desinformación poblacional, omisión de deberes personales, abuso de autoridad, entre otras, que no se abordan desde una perspectiva constructiva o transformadora que promueva mejoras en el sistema sanitario así como la autodeterminación de las mujeres embarazadas y sus familias. Más bien la estrategia de abordaje es un excesivo control, autoritarismo y trato impersonal que se traduce por el sometimiento de la mujer embarazada y la pérdida de su participación y decisión durante el proceso de parto, puerperio y lactancia para generar el menor impacto, alteración o conmoción posible a un sistema de salud débil que no es garante, en la práctica, de los derechos de integridad personal, moral y física de sus pacientes.

La violencia obstetra, si bien se desarrolla en el marco institucional de los sistemas sanitarios y obedece a concepciones estructurales de índole social, debe ser considerada y evidenciada dentro del enfoque de violencias de género contra las mujeres pues recoge los elementos de lo que se considera violencia de género. En elementos anteriores de este trabajo, se presenta la violencia de género como cualquier acto o intención indirecta que origina daño/sufrimiento de carácter físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo amenazas, coerción o privación de la libertad. Se trata de actos de sometimiento (físico, ético, moral o jurídico) basados en el control institucional sobre la mujer produciendo coerción o la privación arbitraria de la libertad de acción, decisión, valoración o incluso disfrute de derechos fundamentales.

Así pues, se debe proponer una resignificación de la mujer como sujeto activo y consciente durante su proceso de parto y reconocer sus libertades de acción, decisión y valoración. Se deben introducir conceptos en la realidad social que acerque a la sociedad al proceso de parto para favorecer su relevancia, su normalización y su consideración como etapa vital de gran impacto individual y transcendencia colectiva.

Las instituciones sanitarias como la Secretaría de Salud de México, el IMSS, ISSTE y el Seguro Popular (que asumen la mayoría de las atenciones a partos y acompañamientos en embarazos y lactancias), siguiendo la estela de las modificaciones recientes, deben concebir una transformación más allá del aspecto

relativo a la cobertura y al acceso o garantía de tratamiento sanitario. Al mismo tiempo se debe transformar la visión institucional y transitar de la concepción positivista de los sistemas de salud donde el paciente es un sujeto pasivo sumiso y sin voluntad o autodeterminación hacia una concepción más humanista que garantice, además de una atención médica (biologicista o sanitaria), una atención social con base en una perspectiva holística del bienestar del paciente sanitario.

El bienestar durante el proceso de parto integra un conjunto diverso de acciones para satisfacer necesidades (médicas, psicológicas, contextuales y relaciones) acompañadas de la ejecución y disfrute de los derechos médicos, sociales y humanos. Esta idea conduce a una crítica sólida de la procuración de salud reproductiva en México donde esa protocolización estructurada y de marcada tendencia bio-médica otorga rigidez y confiere procesos comunes y semejantes para los procesos de parto, hecho que deja al margen de lo pre-establecido todos esos requerimientos o preferencias que no han sido contemplados que son de carácter psico-social y que sí están presentes en la experiencia subjetiva y simbólica de la mujer gestante. Así pues, los protocolos institucionales deben contemplar todos estos componentes al momento de configurar su estrategia de atención y procuración sanitaria.

Bibliografía Citada

- ALCALÁ GÓMEZ, EDUARDO, DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA, LACHENAL, CÉCILE, PÉREZ ROMERO, MATILDE, & TOLEDO ESCOBAR, CECILIA. *Evaluación de diseño del programa de acción específico sobre salud materna y perinatal*. Ciudad de México: FUNDAR Centro de Análisis e Investigación A.C., 2019
- AIMAGUER GONZÁLEZ, JOSÉ ALEJANDRO.; GARCÍA RAMÍREZ, HERNÁN JOSÉ Y VARGAS VITE, VICENTE. "La violencia obstetra: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud". *Género y Salud en Cifras*, 8.3 (2010): 3-12.
- ATKIN, LUCILE, KEITH-BROWN, KIMBERLI, REES, MARTHA, & SESIA, PAOLA. *Partería en México*. México: Manegment Sciences for Health, 2017
- CABELLO TIJERINA, PARIS ALEJANDRO. "La Mediación como Política Social aplicada al fortalecimiento de la Cultura de Paz en México y España". [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia, 2012
- CALDERÓN CONCHA, PERCY. "Teoría de conflictos de Johan Galtung". *Revista de Paz y Conflictos*, 2 (2009): 60-81
- CONTRERAS-TINOCO, KARLA. "Violencia Obstetra en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico". *Musas*, 3.2 (2018): 50-72. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2017.%25x>
- CORRAL-MANZANO, GUILLERMO MANUEL. "El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstetra en México. Resultados el 2018". *Musas*, 4.2 (2019): 100-118. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.6>
- EVANGELISTA GARCÍA, ANGÉLICA AREMY Y MIRANDA JUÁREZ, SARAI. "Violencia de género experimentada en el ámbito escolar. Un análisis descriptivo de la ENDIREH para las adolescentes de 15 a 19 años en el Estado de Chiapas, México". *EntreDiversidades*, 1.11 (2018): 167-198 DOI: <https://doi.org/10.31644/ED.11.2018.a06>
- GARCÍA, ALFONSO Y BENITO MARTÍNEZ, JUAN (2002). "Los conflictos escolares: causas y efectos sobre los menores". *Revista Española de Educación Comparada*, 8 (2002): 175-204 DOI: 10.5944/reec.8.2002.7358
- GOFFMAN, ERVING. *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006
- HERNÁNDEZ PALACIOS, ROSA DIANA. "Una prospectiva de la salud en México. Algunos aspectos del marco sociojurídico". *Alegatos* 65 (2007): 47-56.
- HONNET, AXEL. *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Grijalbo, 1997
- HARTO DE VEGA, FERNANDO. "La construcción del concepto de paz: paz negativa, paz positiva y paz imperfecta". *Cuadernos de estrategia*, 183 (2016): 119-146

- HUESO GARCÍA, VICENTE. "Johan Galtung: La transformación de los conflictos por medios pacíficos". *Cuadernos de estrategia*, 111 (2000): 125-159
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. *Encuesta Intercensal*. INEGI. 2015
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *ENSANUT*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. 2016
- KUMAR ACHARYA, ARUM. "Mujeres invisibles y victimización sexual en México. El caso de la trata de mujeres en Monterrey". *Estudios Sociales* 21. 42 (2013): 235-258
- LAGARDE DE LOS RÍOS, MARCELA. *Los cautiverios de las mujeres: madres, monjas, putas, presas y locas*. México: Ediciones Universidad Nacional Autónoma de México. 2005
- MARCHESE, GIULIA. "Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: Elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia". *EntreDiversidades* 2.13 (2019): 39-72
DOI: <https://doi.org/10.31644/ED.V6.N2.2019.A01>
- MARTÍNEZ, NATALIA. "¿Pueblo feminista? Algunas reflexiones en torno al devenir popular de los feminismos". *Latinoamérica* 2.67 (2018): 173-201
- MEAD, GEORGE H. *Espíritu persona y sociedad*. México: Paidós. 2010
- MORENO ZEGBE, ESTEPHANIA., BECERRIL MONTEKIO, VÍCTOR, Y ALCALDE RABANAL, JAQUELINE. "Conocimientos tácito y explícito: análisis comparativo de la priorización de problemas de salud materna en México". *Gaceta Sanitaria*, 32.3 (2018): 251-261. DOI <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.006>
- ORTUÑO MUÑOZ, EMILIA ÁNGELES. *La cultura de la mediación: impacto de un programa preventivo de sensibilización en IES de la Región de Murcia*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 2014
- ROJAS MARCOS, LUIS. *La semilla de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe. 2005
- SALAZAR BENÍTEZ, OCTAVIO. "Género, Poder y Ciudadanía". *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, 5 (2017): 58-74.
- SÁNCHEZ GÓMEZ, MARÍA CRUZ; MARTÍN GARCÍA, ANTONIO VÍCTOR Y PALACIOS VICARIO, BEATRIZ. "Indicadores de violencia de género en las relaciones amorosas. Estudio de caso en adolescentes chilenos". *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 26 (2015): 85-109. DOI: 10.7179/PSRI_2015.26.04
- SEISA, PAOLA. "Derechos Humanos, Salud y Muerte Materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México". *Revista Andaluza de Antropología*, 5 (2013): 66-90.
- TAPIA-CONYER, ROBERTO. "Una visión crítica sobre la salud pública en México". *Gaceta Médica de México*, 152 (2016): 278-284.

VINYAMATA CAMP, EDUARD. *Conflictología. Curso de resolución de conflictos*. Barcelona: Ariel. 2015

ZÁRATE GARJALES, ROSA AMARILIS, ROMUALDO PÉREZ, ZOILA, SÁNCHEZ BAÑUELOS, LUCRECIA, GARCÍA HERNÁNDEZ, NOEMÍ, VILLEGAS ZÚÑIGA, ANAYELI, & ALVARADO CELAYA, DINA LIZBETH. "Una mirada a los sistemas de salud mexicano y argentino". *Revista de Salud Pública*, 23.1 (2019): 44-57. DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v23.n1.23959>