



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN OAXACA: UN EJERCICIO DEL
PODER MÉDICO SOBRE LOS CUERPOS REPRODUCTIVOS DE
LAS MUJERES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

PRESENTA:

JESÚS VERDUGO TORRES

DIRECTORA:

DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2020

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AMÉRICA LATINA	8
1.1. Presencia de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica	8
1.2. La violencia obstétrica en México, ¿un problema de Estado?	16
1.2.1. Códigos Penales Estatales	16
1.2.2. Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	19
1.3. Las cifras de violencia obstétrica en México	26
1.3.1. Patologización del parto en México	30
CAPÍTULO 2. EXPROPIACIÓN DE LA VIDA REPRODUCTIVA	35
2.1. Modelos médicos de atención: un acercamiento a las prácticas en salud	35
2.1.1. Modelo Médico Hegemónico	36
2.1.2. Modelo Médico Alternativo	37
2.1.3. Modelo de Autoatención	38
2.2. Transferencia de la salud sexual y reproductiva al modelo médico occidental	39
2.2.1. Partería – Medicina Occidental	40
2.2.2. Casa – Espacio Hospitalario	41
2.2.3. Mujeres – Estado Autoritario	42
2.3. Biopoder	43
2.4. Medicalización de los procesos naturales... medicalización de la vida	46
CAPÍTULO 3. LA CONFORMACIÓN DEL HABITUS MÉDICO AUTORITARIO	50
3.1. Afrontar la salud sexual y reproductiva, ¿desde qué perspectiva?	50
3.1.1. Habitus	52
3.2. La violencia vivida durante la formación médica	55
3.3. La ética como componente en la profesión médica	59
3.4. Propósito de la investigación	63
CAPÍTULO 4. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD EN OAXACA ...	64
4.1. La conformación histórico-política y social de Oaxaca	64
4.2. Y las condiciones del sector salud, ¿cómo se encuentran?	67
4.3. Contexto demográfico oaxaqueño	69
4.3.1. Análisis sociodemográfico de los municipios donde se realizó el estudio	71

CAPÍTULO 5. DISEÑO METODOLÓGICO	73
5.1. Características y servicios brindados en las instituciones participantes	73
5.1.1. Hospital General de Puerto Escondido	73
5.1.2. Centro de Salud de San Juan Chapultepec.....	75
5.1.3. Centro de Salud de Servicios Ampliados de San Jacinto Amilpas	76
5.2. Criterios de selección.....	77
5.3. Instrumento	80
5.3.1. Aspectos éticos.....	82
5.4. Recopilación y análisis de la información.....	82
CAPÍTULO 6. LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN OAXACA	85
6.1. ¿Cómo afrontan los procesos reproductivos?.....	87
6.2. La partería dentro del discurso biomédico	92
6.3. Violencia psicológica/simbólica	99
6.3.1. Caracterización de la relación médico-paciente: ¿jerárquica u horizontal?	99
6.3.2. El rol de las mujeres en su vida reproductiva	101
6.3.3. La carga de violencia en el lenguaje médico	106
6.4. Violencia Física	108
6.5. Violencia institucional/estructural	118
6.6. Estigmatización de la práctica médica	124
6.6.1. Medicina defensiva	128
CONCLUSIONES	132
BIBLIOGRAFÍA	137
ANEXOS	148

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Cuadro 1. Elementos que componen la violencia obstétrica.	23
Cuadro 2. Tipo de cesárea y motivo por el que se realizó, 2013-2018.....	34
Cuadro 3. Tecnologías de poder.	44
Cuadro 4. Tipos de violencia ejercida contra personal de salud.....	56
Cuadro 5. Entrevistas realizadas por institución, 2018.	77
Cuadro 6. Características de los profesionales de la medicina entrevistados en las instituciones de salud de Oaxaca, 2018.	78
Cuadro 7. Clasificación de categorías discursivas, por componente de violencia obstétrica.	83
Gráfico 1. Situaciones de violencia experimentadas por las mujeres durante su último parto, 2011-2016.	27
Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica por entidad federativa, 2011-2016.	28
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica por lugar o institución donde se atendieron, 2011-2016.....	29
Gráfico 4. Tipo de parto por entidad federativa, 2013-2018.	31
Gráfico 5. Tipo de parto por lugar o institución donde se atendió, 2013-2018.	32
Gráfico 6. Tipo de cesárea por entidad federativa, 2013-2018.....	33
Gráfico 7. Población de 15 a 24 años que asiste a la escuela, por sexo, 2015.	65
Gráfico 8. Pirámide poblacional del estado de Oaxaca, por sexo, 2015.	70
Gráfico 9. Población autoadscrita como indígena, por entidad federativa, 2015.....	70
Figura 1. Violencia Obstétrica en Códigos Penales de las Entidades Federativas de la República Mexicana.	17
Figura 2. Violencia Obstétrica en Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de las Entidades Federativas de la República Mexicana.	19
Figura 3. Jerarquización dentro del campo médico.	58
Figura 4. Componentes de violencia obstétrica.	86

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es producto de un trabajo inserto en el campo de la Salud Colectiva y basado en sus fundamentos teóricos; como campo científico tiene el objetivo de comprender la salud más allá del orden biológico, reconociendo las dimensiones económicas, sociales, culturales, así como políticas y ecológicas del momento histórico en que se suscribe la problemática estudiada. Busca, de acuerdo con Granda (2004), interpretar el proceso salud-enfermedad de distinta forma, colocando a la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual y fundamentación vital.

Además de campo científico transdisciplinario que estudia la determinación social del proceso salud-enfermedad, la Salud Colectiva es parte del pensamiento médico de Latinoamérica que cuestiona “la insuficiencia de los planteamientos de la salud pública dominante de tradición positivista, para quien las colectividades son solamente sumas de individuos con características demográficas similares” (López y Peña, 2006: 87). Los principales fundamentos del pensamiento latinoamericano provienen del marxismo, retomando categorías teóricas como clase y desigualdad social, así como proceso de trabajo y reproducción social. Con ellas, se exploran los dos objetos de estudio que constituyen este campo: la determinación y la distribución diferencial de la salud, la enfermedad; así como la respuesta social a los problemas de salud de una sociedad en particular, éste último objeto abarca las políticas y las prácticas en salud que adquieren forma concreta en las modalidades de organización de sistemas de salud, atención médica, formación de profesionales, así como en procesos de significación y prácticas sobre problemas particulares de salud, enmarcados en contextos históricos y grupos sociales específicos con una carga cultural y de relaciones sociales.

Es en este último objeto en que se inserta la presente investigación, ya que está relacionada con la salud y la violencia obstétrica como una forma específica con que la medicina hegemónica ha construido institucionalmente la respuesta social a los procesos reproductivos de las mujeres.

Es importante mencionar que la discriminación que se ejerce contra las mujeres en diversos ámbitos de la vida está fuertemente presente en distintas sociedades, no queda exenta de ésta la población mexicana, donde aún se vive bajo un modelo patriarcal en el que las mujeres se consideran inferiores a los hombres. Con relación a la vida sexual y reproductiva, dicha discriminación se manifiesta de manera extrema, producto de prejuicios de género, que definen el rol que las mujeres juegan dentro de la sociedad, restringiéndolo al espacio doméstico (Amnistía Internacional, 2016). Este modelo enseña y promueve la reproducción de estereotipos y roles de género, tales como la maternidad como fin primordial en el proyecto de vida de las mujeres. Este control se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las jerarquías, donde las mujeres se encuentran en una posición subordinada en el espacio social.

La violencia de género ha sido más visible durante las últimas décadas, es por eso que la Organización de las Naciones Unidas, en 1993 la definió como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993).

Tiene distintas manifestaciones, por ejemplo: violencia psicológica que incluye amenazas de daño, abandono, humillación, insultos y críticas constantes, así como el control de las actividades de la víctima; violencia física, que comprende el uso de la fuerza física en ataques que lesionan a la mujer, ya sea con golpes o con el uso de armas; violencia institucional entendida como el daño físico o psicológico resultante de las condiciones estructuralmente inadecuadas en las diferentes instituciones y sistemas públicos (De Bruyn, 2003). Este tipo de violencia se evidencia cuando el personal de instituciones públicas de salud niega atención médica a una mujer durante sus procesos reproductivos. Otro ejemplo de violencia institucional es la penalización del aborto, bajo esta condición no sólo se coarta la libertad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y vida reproductiva, sino también se les castiga legal y moralmente.

La violencia de género es considerada un problema de Estado, ya que se transgreden derechos humanos tales como una vida libre de violencia, por lo que debe ser analizada desde una perspectiva social, con un enfoque que permita visibilizar las desigualdades sociales de género, y no reducirla a un asunto individual, donde se estudia la conducta violenta como una simple patología del agresor o la víctima (Terán et al., 2013), o que no se percibe debido a que se ha normalizado.

Ahora bien, respecto al tema de violencia obstétrica, una situación preocupante es su análisis como un problema de calidad en la atención; resulta insuficiente esta visión limitada a una perspectiva gerencial, que hace referencia a cuestiones técnicas, donde la solución se simplifica a la asignación de más recursos económicos, humanos y materiales. Reducirla a este ámbito no permite estudiarla desde su origen; debe analizarse el contexto económico y sociocultural, así como el campo médico, los hábitos y el comportamiento de los profesionales de la medicina, ya que el abuso ejercido contra las mujeres en consulta prenatal y en sala de parto es un problema que afecta sus derechos sexuales y reproductivos.

Estamos frente a un problema social de alta complejidad donde están presentes relaciones de poder -establecidas, entre otras cosas, por el poco conocimiento de los profesionales de la salud sobre temas de salud sexual y reproductiva, y por la presencia de una cultura médica hegemónica-, discriminación y desigualdad social, particularmente de género (Valdez et al., 2013); es fundamental la intervención de los gobiernos para prevenir, atender y erradicar la violencia obstétrica.

Por ello, es importante aportar al tema desde una visión de la Salud Colectiva. En el primer capítulo de esta investigación se lleva a cabo un recorrido de la presencia de violencia obstétrica en leyes de países latinoamericanos, posteriormente se analiza el abordaje en la normatividad mexicana. Se presentan estadísticas que permiten entender la gravedad del problema en el país. En el segundo capítulo, se analizan distintos modelos médicos de atención, particularmente el Modelo Médico Hegemónico, que, en el contexto capitalista en su fase neoliberal, juega un papel importante en la legitimidad de la medicina occidental y la subordinación de la atención alternativa. Con su establecimiento, se presenta la transferencia de los

procesos reproductivos en tres etapas: la expropiación del conocimiento de la partería hacia la medicina moderna, posteriormente se establece el hospital como espacio para la atención de la salud materna, y por último se posiciona a las mujeres, con una carga capitalista y patriarcal, en un papel de cooperación, adquiriendo el médico el papel central en la salud materna, anulando discursos ajenos a la medicina moderna. Con esto, se establece la estatalización de la vida sexual y reproductiva, dando paso a la medicalización del embarazo y el parto.

En el capítulo tercero, se aborda la formación de los profesionales de la medicina, el proceso de socialización por el que incorporan un habitus autoritario que los lleva a establecer una relación de poder/dominación sobre los cuerpos de las mujeres. Ahora bien, el capítulo cuarto está enfocado al contexto histórico-político de Oaxaca, así como al análisis sociodemográfico y de las condiciones de salud en la entidad.

Por su parte, en el quinto capítulo encontramos la metodología de investigación, se hace énfasis en los criterios de selección de las instituciones participantes, así como en las características y problemas que atraviesan en el proceso de atención ginecobstétrica, para establecer el contexto en que los profesionales de la medicina llevan a cabo su práctica; posteriormente se caracteriza al personal médico participante. Asimismo, se detalla el instrumento metodológico utilizado en el trabajo de campo y el proceso de análisis de los resultados.

En el último capítulo, se presentan los resultados obtenidos en las entrevistas. Se abordan temas referentes a la atención del embarazo y el parto, así como el papel de la partería y los espacios alternativos de atención en la actualidad. Posteriormente se analiza la violencia obstétrica en los tres componentes considerados: psicológico, físico e institucional; finalmente se discute la situación actual de la estigmatización de la práctica médica y el ejercicio de la medicina defensiva en la entidad.

Esto permite entender la violencia obstétrica más allá del orden biológico, reconociendo con base en los fundamentos de la Salud Colectiva, que los aspectos socioeconómicos, culturales, políticos e ideológicos determinan las relaciones en el marco de la salud/enfermedad/atención.

CAPÍTULO 1. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AMÉRICA LATINA

La violencia obstétrica (VO) es un tipo particular de violencia de género, donde el registro de los datos y las denuncias van en constante aumento. Ha tomado fuerza en los últimos años dentro de la investigación social, dada la complejidad que viven a diario las mujeres latinoamericanas respecto a su salud sexual y reproductiva.

En este primer capítulo se aborda la categoría de violencia obstétrica, tanto su definición como su problematización en las leyes de países latinoamericanos; particularmente en México. Posteriormente se hace un análisis descriptivo sobre la gravedad del problema en el país, retomando estadísticas sobre violencia obstétrica; centrando la atención en el tema de la cesárea innecesaria, problema que se ha agravado y se refleja en el alto porcentaje de partos atendidos por esta vía.

1.1. Presencia de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica

Algunos países de América Latina han sufrido un deterioro en sus sistemas de salud, como es el caso de Venezuela, la situación que se vive actualmente en el país evidencia la carencia de insumos, fallas en la infraestructura, disminución de personal y la cada vez mayor precarización laboral de los profesionales de la salud. Esto ha provocado que las mujeres se encuentren vulnerables, expuestas a sufrir violencia e incluso, se ven en la necesidad de emigrar a otros países con el propósito de parir en mejores condiciones (Fernández, 2017). Otro caso relevante es Argentina, en el año 2017 se presentaron 89 denuncias por violencia obstétrica, de las cuales aproximadamente 36% se registraron en instituciones públicas y el resto en el sector privado. Los actos con mayor prevalencia fueron la excesiva medicalización del parto y la falta de información (CONSAVIG, 2018). Ante este panorama, algunos gobiernos implementaron acciones encaminadas a combatirla.

En la revisión de la literatura se ubica que el primer país latinoamericano en considerar la violencia obstétrica como delito y con una definición legal fue Venezuela. En 2007 se promulgó la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, cuyo artículo 15 hace referencia a los distintos tipos de violencia de género, entre los que se encuentra la violencia obstétrica, definida como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007: 38).

Asimismo, en el artículo 51 se mencionan distintos actos constitutivos considerados violencia obstétrica, tales como no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración; practicar el parto por vía cesárea, cuando existan las condiciones idóneas para el parto natural, entre otras (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007). En Venezuela se documentó durante la primera década del siglo actual, que cerca del 30% de las mujeres tuvieron a sus hijos por cesárea, agravándose la situación en hospitales privados donde el registro se elevó a 80% (Uzcátegui, 2008), aun cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que sólo entre 10 y 15% de los nacimientos se atiendan bajo este procedimiento. Cabe destacar que la práctica de la cesárea innecesaria, al ser un acto de violencia obstétrica, se sanciona con una multa de 250 a 500 unidades tributarias, donde cada unidad equivale a 1200 bolívares venezolanos (120.15 USD).

Es importante la inclusión de la violencia simbólica en el artículo 15 de la ley, entendida como los mensajes, valores o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación y desigualdad en las relaciones sociales establecidas entre individuos, naturalizando la subordinación de las mujeres en la sociedad. Se considera fundamental tomarla en cuenta, ya que conlleva un papel complementario respecto a la definición de VO planteada en la ley, debido a que en la mayoría de los casos las mujeres sufren violencia psicológica/simbólica, a través de insultos, regaños, uso de lenguaje infantil y humillante o lenguaje que proyecta miedo ante el proceso vivido, incluso ignorando sus dudas respecto a la evolución del parto y salud del producto (Castro, 2014a), actos normalizados en la relación médico-paciente.

Un aporte de la ley venezolana es la mención de algunas acciones que representan violencia obstétrica, esto posibilita trabajar con los profesionales de la medicina para concientizarlos sobre sus actos al momento de atender a una mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Este elemento tendría que incluirse en los programas académicos de las instituciones encargadas de formar al personal, al mismo tiempo que se refuerza entre los jóvenes cuando están enrolados en la práctica clínica, con el propósito de eliminar la reproducción de un modelo médico autoritario.

Otra aportación es el uso de la categoría *sexualidad*; la imposición de métodos anticonceptivos en el puerperio, no permite a la mujer decidir libremente sobre el número de hijos que desea tener ni su periodo intergenésico¹, viendo expropiado su cuerpo. Analizando la definición planteada en la ley venezolana, observamos que la violencia obstétrica es un ejemplo de ejercicio de poder, donde el cuerpo y la mente de las mujeres se someten al modelo médico occidental que se caracteriza por ser autoritario, discriminador y anulador de discursos ajenos al suyo.

Por su parte, en Argentina en el año 2009 se promulgó la *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, conocida como Ley 26.485, teniendo como objetivos erradicar la discriminación entre hombres y mujeres, así como lograr el derecho de las mujeres a una vida sin violencia.

Al realizar un análisis de la ley argentina se identifican además de la violencia física², otros tipos de violencia dirigida hacia las mujeres. Hace referencia a la violencia psicológica, la define como aquella que “causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones” (Congreso de la Nación Argentina, 2009: 2); de igual forma resalta la violencia simbólica, definida de manera idéntica a la planteada en la ley de Venezuela. Los tres tipos de violencia mencionados están integrados en el artículo 5° de la ley.

¹ Se define como el lapso de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos.

² Entendida como “la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física” (Congreso de la Nación Argentina, 2009: 2).

En el artículo 6° se encuentran las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia de género, destacando y definiendo la VO como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Congreso de la Nación Argentina, 2009: 4).

Asimismo, hace referencia a la violencia institucional, considerada como aquella ejercida por profesionales de la salud o personal de alguna institución y que tiene como objetivo evitar el pleno goce de los derechos de las mujeres, encontrando una relación importante con la violencia obstétrica. Con esto, podemos decir que a nivel macro en las políticas de salud reproductiva y a nivel micro en las clínicas y hospitales del sector salud en Latinoamérica, las mujeres se encuentran violentadas.

Un aporte para resaltar en la Ley 26.485 es la mención del personal de salud como responsable de ejercer violencia obstétrica, algo que en la ley venezolana no se señala. Esto permite visibilizar a las personas que la ejercen y así responsabilizarlas, sancionarlas, pero lo más importante, capacitarlas con el propósito de mejorar la atención que brindan a las mujeres, erradicando la atención distante y las relaciones asimétricas. Por lo tanto, este aspecto debe considerarse en una definición que abarque la complejidad de la violencia en los procesos reproductivos.

Si bien en la conceptualización de la violencia obstétrica en la ley argentina no se mencionan específicamente los momentos en que puede darse (embarazo, parto y puerperio), tiene como gran aporte –a diferencia de la ley venezolana– la mención de los procesos reproductivos, permitiendo un acercamiento para entender que es durante los tres momentos mencionados cuando se ejerce. Algo que, en ocasiones, conceptualmente no está claro. Esto permite determinar cuándo y dónde se presenta, eliminando la normalización e invisibilización de este tipo de violencia.

En el año 2015, en Perú se promulgó el *Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021*. En este documento se contemplan distintos tipos de violencia contra las mujeres: la violencia física, entendida como toda conducta que dañe la integridad corporal, en ella se incluye el maltrato por negligencia, el descuido y la privación de

necesidades básicas³ (MIMPV, 2016); también se incluye la violencia psicológica. Dentro de las modalidades de violencia que se abordan en el plan se encuentra la violencia obstétrica, definida de manera idéntica a la ley argentina.

Un aporte fundamental del plan peruano es que busca trabajar a nivel cultural con la sociedad y no solo por medio de una sanción a los responsables de ejercer violencia. Uno de los puntos más importantes es que se trabajará para cambiar patrones socioculturales que reproducen relaciones asimétricas y diferencias jerárquicas que legitiman la violencia de género, afectando a la mujer en diversos ámbitos: familiar, social e institucional, en este último se hace referencia a instituciones públicas y privadas (MIMPV, 2016). Esto se pretende lograr, además de la sanción correspondiente, trabajando y reeducando a las personas agresoras, con una visión de derechos humanos, con enfoques de género e interculturalidad.

En el caso de Uruguay, se publicó el *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional*, éste es un trabajo conjunto de dos actores: el Estado –por medio del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica– y distintas Organizaciones de la Sociedad Civil; tiene como objetivo el diseño e implementación de políticas públicas encaminadas a erradicar la violencia de género. Se consideran distintas manifestaciones de violencia, divididas en tres ámbitos: 1) doméstico/familiar, 2) comunitario/laboral y 3) estatal/permitida por el Estado, en este último se clasifica la violencia obstétrica, en conjunto con la violencia simbólica e institucional (CNCLVD, 2015). Cabe destacar que el plan de acción no retoma la violencia obstétrica en ninguna otra parte del documento, no está conceptualmente definida, por lo que no se plantean acciones para combatirla.

En la revisión hecha hasta hoy, no se ubica en la normatividad de otros países del sur del continente, la integración de la violencia obstétrica como delito, ni acciones encaminadas a afrontarla.

³ Esto se encuentra estrechamente relacionado con la violencia obstétrica, ya que el daño sufrido por las embarazadas es, recurrentemente, provocado por el desinterés y abandono del personal de salud, así como por la prohibición de necesidades básicas como ir al baño o ingerir líquidos.

En Centroamérica, Panamá es el único país que contempla en sus leyes la violencia obstétrica. La Ley 82 conocida como *Tipifica el Femicidio y la Violencia contra la Mujer* tiene como objetivo fundamental, “garantizar el derecho de las mujeres (...) a una vida libre de violencia, proteger los derechos de las mujeres víctimas de violencia en un contexto de relaciones desiguales de poder, así como prevenir y sancionar todas las formas de violencia en contra de las mujeres” (INAMU, 2013: 1).

En su artículo 4° se definen distintas categorías asociadas a la violencia de género, donde en el apartado 22 se encuentra la violencia obstétrica entendida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero” (INAMU, 2013: 6). De igual forma, esta definición es similar a la planteada en la ley argentina, agregando únicamente algunos adjetivos.

Un punto importante en la ley es que dentro del mismo artículo 4°, además de contemplar la violencia física y la simbólica⁴, también define la violencia en los servicios de salud públicos y privados como aquel “trato desigual en contra de las mujeres por parte del personal de salud. Incluye negarse a prestar atención médica a una mujer, la cual por ley tiene este derecho, (...) violar la confidencialidad, no tomar en cuenta los riesgos que enfrenta la afectada” (INAMU, 2013: 5). Encuentra relación con la violencia obstétrica, ya que es en el ámbito de la prestación de servicios de salud y es ejercida por el personal que labora en el sector, aunque no se limita a profesionales de la salud sino también contempla al personal administrativo.

En el año 2016, un grupo de ginecólogos y profesionales relacionados con el sector salud, promovieron un movimiento que busca la implementación del parto humanizado en el país para evitar actos de violencia contra las mujeres durante el embarazo y particularmente en el parto (Pinzón, 2016). Sin embargo, desde que surgió la propuesta, no se ha implementado ningún plan de acción.

⁴ Definida como los “mensajes, íconos, o signos que transmiten o reproducen estereotipos sexistas de dominación o agresión contra las mujeres en cualquier ámbito público o privado, incluyendo los medios de comunicación social” (INAMU, 2013:8).

A pesar de que Panamá es el único país de la región que reconoce la categoría de violencia obstétrica en su plano normativo institucional, en otros países se retoma por parte de distintas organizaciones no gubernamentales que trabajan a favor de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Arguedas, 2014). Si bien es un paso importante para dar luz a este problema, no se ha logrado incidir en las políticas públicas, debido a que aún no se integra a la agenda gubernamental.

Muestra de lo anterior es el caso de Guatemala, donde en febrero de 2017 dos representantes del Congreso de la República presentaron una iniciativa de ley que busca prevenir y sancionar este tipo de violencia, definiéndola como:

toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de salud o administrativo que, de manera directa o indirecta, en el ámbito público o privado: afecte el cuerpo, la psique y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales entendiendo que el embarazo, el parto y posparto son procesos fisiológicos; o realice acciones que pretenden limitar o debilitar el pleno ejercicio del derecho de salud y los derechos reproductivos de todas las mujeres sin distinción de ningún tipo (Congreso de la República de Guatemala, 2017: 8).

En la iniciativa se plantea una sanción de dos a cinco años de prisión, así como la inhabilitación temporal para laborar en el sector salud a los responsables de ejercer violencia. Sin embargo, aún no se discute en el congreso. Con esta iniciativa se busca prevenir y erradicar la VO por medio de la sanción, sin la implementación de políticas complementarias que permitan una mejor formación y capacitación con perspectiva de género, tal como se contempla en el plan de acción peruano.

Al hacer un análisis de la definición propuesta en la iniciativa de Guatemala, se puede observar que, si bien se retoman ideas planteadas en la ley venezolana, adiciona cosas importantes. Por ejemplo, al hacer mención del personal responsable de ejercer VO, incluye al personal administrativo de instituciones públicas y privadas.

En este punto hay que reflexionar sobre la inclusión de dicho personal, debido a que no siempre se encuentra en contacto con las usuarias y gran parte de su trabajo está dirigido y limitado a mantener un orden institucional. Así, contar con una definición de violencia obstétrica, que logre abarcar su complejidad, es un aspecto importante para determinar quiénes son los actores involucrados en el ejercicio de este tipo de violencia, donde si se considera la violencia institucional, entendida como aquellos actos u omisiones por parte de servidores públicos que obstaculicen o impidan el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres, como causante de violencia obstétrica, el personal mencionado también sería parte de los actores involucrados.

Otro elemento importante en la propuesta es la delimitación de los momentos en que puede darse la violencia obstétrica –embarazo, parto y posparto– y asumirlos como procesos fisiológicos, algo teóricamente fundamental si se busca erradicarla, ya que los profesionales de la salud enjuician la situación vivida por las mujeres, ejerciendo poder y control sobre sus cuerpos. Todo esto condiciona la calidad de la atención y la autonomía de las mujeres, por tanto, el personal médico afronta el embarazo y el parto como procesos patológicos, ya que un saber que era propio de las mujeres, como lo es el de la salud reproductiva, fue expropiado por la medicina hegemónica, caracterizada por tener una identidad profesional masculinizada, con el fin de mantener un orden institucional y legitimar su dominio (Arguedas, 2014; Camacaro, 2009). Así impera un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden la existencia de enfermedades y las demandas de los pacientes (Foucault, 1999), provocando la medicalización de procesos naturales.

Una limitación importante, a reserva de las adiciones o modificaciones que se realicen cuando se discuta la propuesta, es que no hace referencia a qué tipo de actos, conductas u omisiones específicas afectan física y psicológicamente a la mujer, por lo que, sin demeritar sus aportaciones, queda en una definición general. Dicho de otra manera, se cuestiona la ausencia de indicadores que permitan determinar si el personal de salud ejerce violencia obstétrica.

1.2. La violencia obstétrica en México, ¿un problema de Estado?

En México, del total de demandas por mala práctica médica, el área de ginecología es la que mayor número presenta, donde muchos casos apuntan a problemáticas relacionadas con dinámicas de medicalización y de género en las instituciones (Bellón, 2015).

Desde hace varios años se han acumulado denuncias señalando la violación de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Entre enero de 2014 y junio de 2015, 266 mujeres denunciaron maltrato obstétrico ante las secretarías de salud estatales (GIRE, 2015a), por lo que es considerado desde la sociedad y la academia como un problema que debe ser afrontado por el Estado.

1.2.1. Códigos Penales Estatales

En México no se encuentra definida la violencia obstétrica como delito en ninguna ley de carácter federal, esto a pesar de siete iniciativas de reforma a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de orden federal, presentadas entre 2013 y 2015, para considerar en su artículo 6° la VO como un tipo de violencia ejercida contra las mujeres; dichas iniciativas han sido desechadas, retiradas o se encuentran pendientes de turnarse a comisiones (GIRE, 2015a), esto puede ser reflejo de dos situaciones: existe desconocimiento del tema y por lo tanto las iniciativas se encuentran técnica y teóricamente mal planteadas; o se debe al mínimo interés del poder legislativo para afrontar este problema, donde pocos han sido los legisladores interesados en mostrar la necesidad de abordar el tema. Un factor que agrava la situación en México es el cambio de poder cada tres años, particularmente en la Cámara de Diputados –en los años 2015 y 2018 hubo elecciones para diputados federales–; si dichas iniciativas no cuentan con el interés inmediato del pleno, son desechadas por los nuevos legisladores quienes traen en su agenda otros temas de interés. En abril de 2019, la diputada Mildred Ávila Vera planteó una iniciativa para adicionar la violencia obstétrica dentro del artículo 6° de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, sin embargo, en la búsqueda realizada no se encontró que haya sido aprobada por el poder legislativo.

A pesar de lo anterior, algunas entidades federativas la han incorporado en sus códigos penales, tal es el caso de Chiapas⁵ (2014), Guerrero⁶ (2014) y Veracruz⁷ (2010), mientras que Jalisco y Zacatecas⁸ cuentan con iniciativas para criminalizarla. No obstante, las 27 entidades restantes, incluyendo la Ciudad de México, no tienen iniciativas para considerarla delito dentro de sus códigos penales (GIRE, 2015b), como se muestra en la figura 1. Esto refleja la falta de problematización social de la violencia obstétrica, por lo que no se ha incorporado, en términos de Aguilar (1993), a la agenda gubernamental.

Figura 1. Violencia Obstétrica en Códigos Penales de las Entidades Federativas de la República Mexicana.



Fuente: elaboración propia con base en GIRE (2015b) y códigos penales estatales.

⁵ Define la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizado, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, provocando la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad (Periódico Oficial del Estado de Chiapas, 2014).

⁶ Hace mención de la VO dentro del tipo penal de violencia de género y la define como un acto u omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas, o altere sus procesos reproductivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Periódico Oficial del Estado de Guerrero, 2014).

⁷ Hace referencia a que comete este delito quien no atiende o brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas; altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración; practique cesárea cuando existen las condiciones para el parto natural, así como quien obligue a las mujeres a parir acostadas sobre su columna, existiendo los medios para parto vertical (Gaceta Oficial del Estado de Veracruz, 2010).

⁸ En la búsqueda realizada en los portales gubernamentales del estado de Zacatecas, no se encontró el contenido de la iniciativa, sin embargo, se identificó que la diputada local Guadalupe Medina Padilla fue quien la llevó a cabo. No obstante, fue cuestionada porque el documento entregado al legislativo estatal, fue retomado íntegramente de un informe del GIRE. De acuerdo con la asociación civil, la diputada busca con dicha iniciativa, únicamente criminalizar a los profesionales de la salud y no generar políticas públicas encaminadas a reducir el problema (Ollaquindia, 2015).

Esto permite cuestionar, ¿por qué los actores encargados de definir las políticas públicas no tienen voluntad e interés para diseñar e implementar acciones encaminadas a reducir la desigualdad de género, particularmente en los servicios de salud?, a pesar del número de denuncias por violencia obstétrica y de los diversos estudios realizados que han visibilizado el tema en la actualidad. De igual forma surge el cuestionamiento sobre ¿por qué las entidades que abordan la VO en sus códigos penales lo han hecho?, ¿qué actores han impulsado este cambio?

Resalta que tres de las entidades federativas con mayor rezago social en México tipifican la violencia obstétrica como delito. Esto se debe principalmente al trabajo de diversas organizaciones de la sociedad civil, así como del movimiento feminista que ha puesto énfasis en la lucha contra la violencia de género (Calvo, Torres y Valdez, 2019), permitiendo documentar y visibilizar diversos casos sobre negligencia médica y maltrato sufrido por las mujeres en sus procesos reproductivos. Un ejemplo de esto es el registro de denuncias por maltrato obstétrico entre 2014 y 2015, de las cuales 48% se presentó en Guerrero, una de las entidades con mayor rezago en los servicios de salud (GIRE, 2015a).

La conceptualización de la violencia obstétrica en el código penal de Veracruz aporta elementos importantes para comprender el problema. Hace mención que tiene lugar en el ámbito del embarazo, parto y puerperio; identifica la práctica de la cesárea bajo condiciones idóneas para un parto natural (cesárea innecesaria), la imposición a parir acostada sobre la columna cuando existen los medios para un parto vertical y el uso de técnicas de aceleración del parto sin justificación científica ni consentimiento informado, como elementos generadores de violencia obstétrica y que anulan las necesidades y los derechos reproductivos de las mujeres.

Recientemente, en San Luis Potosí se presentó una iniciativa de reforma al Código Penal Estatal, que busca tipificar la violencia obstétrica como delito y sancionarla, con independencia de las lesiones causadas, con una pena de dos a cinco años de prisión y la suspensión del ejercicio profesional, así como la obligación de reparar el daño causado. Dicha iniciativa fue turnada a diversas comisiones para ser analizada, sin que hasta el momento haya trascendido (Plano Informativo, 2019).

1.2.2. Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

Asimismo, respecto a la inclusión de la violencia obstétrica en las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de orden estatal (figura 2), podemos clasificar a las entidades federativas en tres grupos: 1) entidades con definición en su ley: Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México⁹, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz; 2) entidades con iniciativa local: Sinaloa con iniciativa pendiente de discusión desde el año 2014; 3) entidades sin iniciativas ni leyes: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Estado de México, Guerrero, Jalisco¹⁰, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas (GIRE, 2015b).

Figura 2. Violencia Obstétrica en Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de las Entidades Federativas de la República Mexicana.



Fuente: elaboración propia con base en GIRE (2015b) y Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de orden estatal.

⁹ El pleno de la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México aprobó la adición de la fracción VII al artículo 6° de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y fue publicada en la Gaceta Oficial de la CDMX en el año 2020.

¹⁰ Es un caso distinto, debido a que en el año 2016 la Comisión de Puntos Constitucionales del Estado de Jalisco decidió incorporar la violencia obstétrica dentro de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, pero en la última actualización del documento no se encuentra la adición de este tipo de violencia. También se tomó la decisión de desechar la iniciativa para incorporarla a su Código Penal, bajo el argumento de no estigmatizar a los profesionales de la salud. Lo único relacionado con los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres dentro del Código Penal es la esterilización forzada, que se encuentra penalizada y se castiga con dos a ocho años de prisión.

Al analizar las entidades que incluyen la violencia obstétrica en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se observa que Chiapas y Veracruz la consideran al igual que en sus códigos penales, sin embargo, resalta Guerrero al no retomarla en su ley, a pesar de estar tipificada como delito en su código penal, por lo que el único camino para combatirla, es el castigo penal contra los profesionales de la salud; no existen políticas complementarias que permitan trabajar con el personal para implementar un modelo de atención apegado a los derechos reproductivos.

Si bien en las Leyes de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de las entidades federativas en donde se aborda la violencia obstétrica, los puntos fundamentales de su definición son retomados de los artículos 15 y 51 de la ley venezolana, la Organización no Gubernamental *Grupo de Información en Reproducción Elegida* (GIRE) la define como aquella que:

se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer [...], que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015b: 124).

Una aportación de la definición anterior es la identificación de los momentos en que puede ser ejercida la violencia obstétrica, tal como en el Código Penal de Veracruz, se lleva a cabo con motivo de la atención del embarazo, parto y puerperio; así como del espacio físico y las personas responsables de ejercerla. Sin embargo, puede tener mayor profundidad con referencia a los actos considerados violencia obstétrica, ya que no menciona las probables acciones que provocan un trato cruel, inhumano o degradante hacia las mujeres, por lo tanto, la interpretación de quienes determinan si existe violencia obstétrica, puede afectar al momento de tomar decisiones. Para evitar confusión al interpretar la definición, Villanueva (2010) plantea que la violencia obstétrica abarca:

desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su 'consentimiento', hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (Villanueva, 2010: 148).

Otra aportación importante de GIRE es la consideración de la violencia institucional como un componente de violencia obstétrica, advierte que la falta de acceso a servicios de salud reproductiva daña la salud de la mujer y del producto. Es decir, las carencias en el sector salud afectan y facilitan la presencia de violencia obstétrica.

Esta definición planteada por GIRE visibiliza el poder que el personal de salud ejerce sobre los cuerpos de las mujeres, que se le ha conferido y legitimado por medio del discurso médico hegemónico donde el saber occidental determina el proceso de atención de la salud reproductiva, manteniendo a las mujeres dóciles y pasivas ante la autoridad médica. Menciona que el personal ejerce VO cuando menoscaba la capacidad de decidir sobre los procesos reproductivos, buscando la disciplina de las mujeres, manejando sus cuerpos como una máquina, esto implica considerarlas objetos de intervención y no sujetos de derecho. Son despojadas de sus cuerpos, que pasan a manos de los profesionales de la salud; es decir, se implementa una técnica disciplinaria centrada en el cuerpo que produce efectos individualizadores (anatomopolítica¹¹), manipulándolo para hacerlo útil y dócil (Foucault, 2000).

¹¹ La anatomopolítica es una categoría planteada por Michael Foucault (2000), definida como una técnica de poder disciplinario centrada en el cuerpo individual; productora de efectos individualizadores que manipulan los cuerpos que deben ser útiles y dóciles al mismo tiempo. Encuentra relación con la medicalización que impone la medicina científica sobre la vida humana, ya que con esta técnica controla los cuerpos y adquiere el derecho de vida y muerte.

Considerar la definición planteada por el GIRE, en conjunto con las plasmadas en las leyes venezolana, argentina y en el Código Penal de Veracruz, así como en la propuesta de Guatemala, permite tener mejor entendimiento sobre qué es, cómo y dónde se ejerce la violencia obstétrica.

Además de lo planteado por Villanueva y en la definición del GIRE que en esta investigación se considera idónea para abordar el tema, en el cuadro 1 se observan distintos elementos que integran la violencia obstétrica, desagregados en tres componentes: físico, psicológico/simbólico e institucional, con el objetivo de identificar los actos de violencia y así trabajar acertada y oportunamente con los profesionales de la medicina en búsqueda de su erradicación. Dentro de las acciones que ejercen violencia física se encuentran golpes y pellizcos, la aplicación de procedimientos invasivos tales como tactos vaginales excesivos, realizados además por varias personas; también se considera la controversial maniobra Kristeller¹², que causa daño en la salud de la mujer, como rotura e inversión uterina, desprendimiento prematuro de la placenta e incluso rotura de costillas debido a la presión ejercida sobre el área, y en el bebé tiene graves consecuencias como la fractura de clavícula y falta de oxígeno que provoca daño cerebral (Redondo et al., 2014). También se considera el uso del fórceps, ya que además de instrumentalizar y patologizar el parto, aumenta la incidencia de trauma obstétrico materno, que incluye lesiones de piso pélvico, incontinencia urinaria, mayor sangrado y dolor (Hernández et al., 2012).

Dentro de la violencia psicológica, se encuentran acciones como el uso de lenguaje que infantiliza a la mujer, con términos como “mamita”, “madrecita” o “mijita”, utilizado recurrentemente por los profesionales de la salud para establecer comunicación. Si bien está normalizado por las usuarias de los servicios de salud y lo asumen como parte del proceso de atención, no es apropiado ya que despersonaliza a las mujeres y no permite otorgar atención de calidad. De igual forma se encuentran los regaños e insultos, que están estrechamente relacionados con la clasificación de las mujeres como *poco cooperadoras* o *ignorantes*, desde una relación jerárquica.

¹² Maniobra descubierta por Samuel Kristeller en 1867, definida como un “nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos” (Rengel, 2011: 83).

Otro elemento importante de violencia psicológica es la culpabilización, que refuerza el modelo tradicional de maternidad, que considera que la mujer debe sacrificar su salud por la del producto, sufriendo señalamientos y acusaciones si el estado de salud de éste sufre alguna alteración. Los profesionales de la medicina imponen el bienestar del producto sobre el de la propia mujer, manifestando que debe seguir las indicaciones para mantener en buen estado la salud de su hijo, incluso con procedimientos dañinos.

Cuadro 1. Elementos que componen la violencia obstétrica.

Violencia física	Cesárea innecesaria
	Golpes
	Maniobra Kristeller
	Parto "fortuito"
	Pellizcos
	Privación de necesidades básicas
	Posición de litotomía forzada
	Tactos vaginales excesivos
	Uso de fórceps
	Uso de oxitocina para inducción del parto
Violencia psicológica/simbólica	Atención distante/desapegada
	Culpabilización
	Insultos
	Lenguaje infantilizado
	Limitación de la atención como castigo
	Mujer vista como cooperadora
	Mujer calificada como ignorante
	Regaños
Relación jerárquica	
Violencia institucional	Condiciones laborales
	Dificultad en el acceso a los servicios de salud
	Falta de personal especializado
	Falta de recursos humanos y materiales
	Pobreza y desigualdad social

Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, la pobreza como generadora de desigualdad social, es el primer elemento que contribuye a la violencia institucional. Derivado de esto, se presenta la dificultad en el acceso a los servicios de salud. También se habla de la falta de recursos materiales y humanos en las instituciones del sector; resalta el poco personal especializado en los servicios ginecológicos, ya que por lo regular atienden médicos generales que no tienen conocimientos especializados.

Siguiendo el análisis de la política de salud en México, se encuentra la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*, que tiene como objetivo principal “establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida” (DOF, 2016: 4).

Establece que la calidad de la atención en salud se da por medio del trato respetuoso hacia la mujer, para evitar la vulneración de sus derechos, llevándose a cabo conforme a los recursos disponibles en las instituciones y a los valores sociales imperantes. Lo anterior es sumamente criticable ya que el trato digno que los profesionales de la salud deben asumir no puede depender de los recursos disponibles, la calidad en la atención no debe estar limitada a cuestiones gerenciales. Por lo que, dicho enunciado juega un papel de defensa ante las malas prácticas del personal de salud, y promueve la idea de mantener a las mujeres subordinadas ante la autoridad médica, eliminando su derecho a la libre decisión.

Otro cuestionamiento a la NOM es la mención de los valores sociales imperantes, debido a que, en un país con un modelo de sociedad patriarcal, las mujeres son vulnerables ante el poder de los hombres y del campo médico, cuestionando su capacidad para valerse por sí mismas en su vida reproductiva.

Por otra parte, la norma contempla que debe propiciarse la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico¹³, mientras no exista contraindicación médica u obstétrica, con el fin de reducir el porcentaje de cesáreas.

¹³ Esto se encuentra estrechamente relacionado con la definición de violencia obstétrica plasmada en el Código Penal del estado de Veracruz, así como en la definición propuesta en la iniciativa de ley de Guatemala que busca sancionar este tipo de violencia.

Sin embargo, en México no se cumple este propósito, ya que 46.1% de las mujeres tienen a sus hijos por cesárea (INEGI, 2018). La NOM también menciona que ninguna persona responsable de otorgar atención ginecológica u obstétrica puede discriminar o ejercer algún tipo de violencia hacia la mujer durante el trabajo de parto.

Otros puntos relevantes de la NOM son los siguientes: el número de tactos vaginales debe reducirse y la mujer debe ser informada antes y después de la exploración; no llevar a cabo la maniobra Kristeller y permitir la elección de la posición por parte de la mujer, limitándola a las condiciones de infraestructura hospitalaria y capacitación del personal de salud (DOF, 2016), es decir, las mujeres no cuentan con la posibilidad real de decidir sobre sus procesos reproductivos, ya que nuevamente la norma limita dicha capacidad a las condiciones estructurales y al conocimiento que tenga el personal médico sobre salud reproductiva.

Respecto a la Ley General de Salud (LGS), si bien no hace mención de la violencia obstétrica en ninguna sección, en su artículo 469 refiere que el personal de salud no podrá negar atención médica, particularmente en casos de notoria urgencia, algo común en el área de obstetricia, donde la mujer acude al hospital con trabajo de parto y se le niega el acceso, debido a que en la valoración, el profesional de la salud determina que aún no está en condición de ser atendida, ocasionando que tenga su parto en un lugar inadecuado, poniendo en riesgo su salud.

La ley contempla una sanción de seis meses a cinco años de prisión, una multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo, el cual equivale a 123.22 pesos mexicanos, así como la suspensión del ejercicio profesional hasta por dos años (DOF, 2017), para el personal de salud que niegue atención médica.

Tomando en cuenta la conceptualización de la violencia obstétrica en las diversas leyes de los países de Latinoamérica, de algunas entidades de México, así como la planteada por GIRE, debe ser considerada una categoría que reúne distintas formas de control sobre los cuerpos de las mujeres, por lo tanto, se debe reconocer como una violación a los derechos humanos desde una perspectiva de violencia de género.

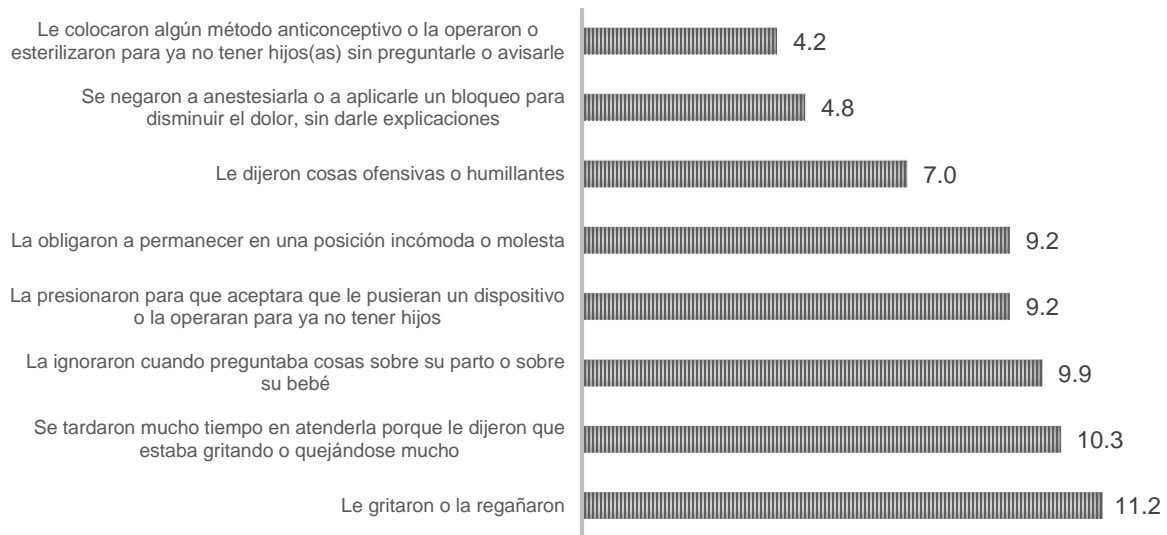
1.3. Las cifras de violencia obstétrica en México

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), por medio de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada en el año 2016, publicó por primera vez datos estadísticos sobre violencia obstétrica, los cuales muestran que 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto durante los cinco años previos a la encuesta, reportaron haber sufrido algún tipo de maltrato durante este proceso (INEGI, 2016).

En el gráfico 1, se muestran distintas situaciones de violencia vividas por las mujeres durante el parto. Las tres acciones de violencia que más reportan son de carácter psicológico/simbólico: gritos y regaños (11.2%), que los encargados de atenderlas ignoraron los cuestionamientos que surgen sobre el parto y la condición de salud de su bebé (9.9%), así como el hecho de que se tardaron en atenderlas por quejarse o gritar mucho (10.3). Esto sucede porque los profesionales de la salud consideran que la mujer *no está cooperando*, idea sumamente cuestionable, ya que no debe ser vista como cooperadora de sus procesos reproductivos, algo recurrente en el discurso médico hegemónico, sino como protagonista del mismo. Esto muestra la subordinación bajo la que se encuentran las mujeres que viven en una sociedad patriarcal, como la imperante en México, que se extiende hasta los servicios de salud donde son reprimidas por un orden médico caracterizado por ser excluyente, normativo y masculino, quien decide lo que se hace. Esto genera un sentimiento de frustración ante las relaciones de poder que el personal de salud ejerce sobre ellas.

Asimismo, se reportan acciones de violencia física, como imponer una posición incómoda o dolorosa a la mujer en el parto (9.2%), donde si bien el profesional de la salud no le causa daño de manera directa, esta imposición afecta su salud física y emocional. Este es un ejemplo de cómo las mujeres son despojadas de su cuerpo ya que se considera deben ser tuteladas por una autoridad masculina; en el caso del personal femenino, lo hace en representación de dicha autoridad, teniendo un patrón de disciplina y control femenino (Herrera, 2010).

Gráfico 1. Situaciones de violencia experimentadas por las mujeres durante su último parto, 2011-2016.



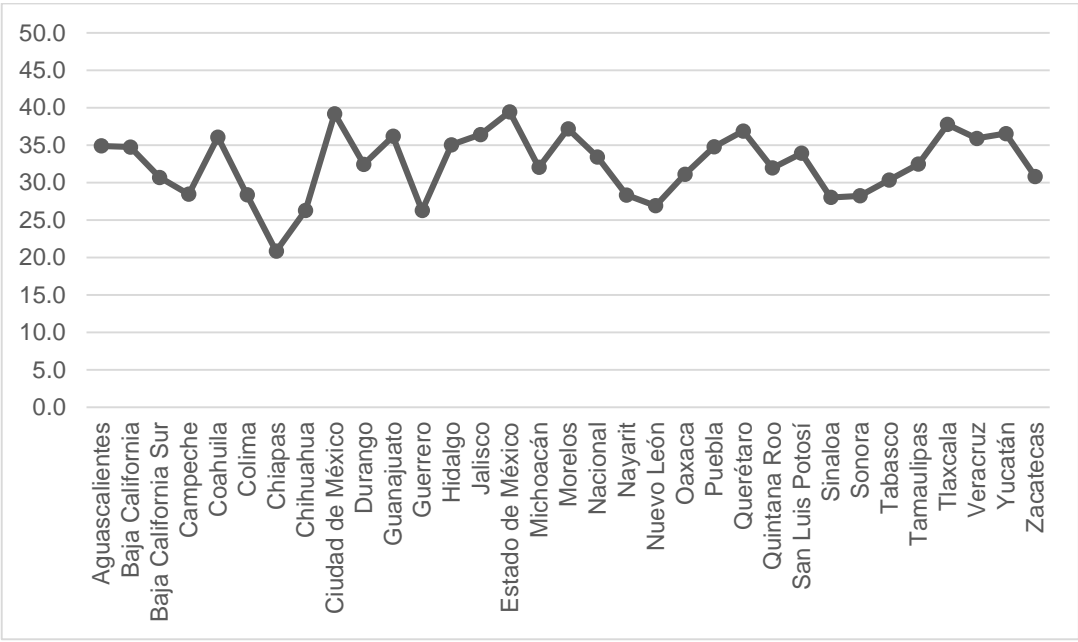
Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDIREH, INEGI, 2016.

Por su parte, la presencia de la esterilización forzada como acto constitutivo de violencia obstétrica (4.2%) refleja cómo el personal de salud ejerce poder sobre los cuerpos de las mujeres y elimina con un carácter totalitario sus derechos reproductivos, decidiendo qué es lo mejor respecto a su salud sexual y reproductiva en nombre de la institución de la medicina, legitimada por el propio Estado.

Ahora bien, en el gráfico 2 se observa el porcentaje de mujeres que reportaron haber sido víctimas de violencia obstétrica por entidad federativa, siendo el Estado de México (39.5%), la Ciudad de México (39.2%), así como Tlaxcala (37.7%) y Morelos (37.2%) donde existe mayor presencia de VO. En total, son quince estados que se encuentran por encima del porcentaje nacional (33.4%), representando una situación grave ya que, además de que la maternidad sigue siendo considerada una obligación para las mujeres, el proceso es vivido con altos niveles de violencia, tanto en el hogar como en las instituciones de salud. Contrario a los casos anteriores, Chiapas (20.8%), Chihuahua (26.3%), Guerrero (26.3%) y Nuevo León (26.9%) son las entidades donde menor porcentaje de mujeres reportaron este tipo de violencia. Sin embargo, es alto, por lo que ningún estado se acerca a la erradicación del problema.

Además de las cuatro entidades mencionadas, únicamente cinco más están por debajo del 30% de casos de violencia obstétrica en mujeres que tuvieron un parto durante el periodo 2011-2016, (Campeche, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora). En Oaxaca 31.1% de las mujeres dijo haber sido víctima de violencia obstétrica, ocupando el lugar veinte; por debajo de la media nacional.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica por entidad federativa, 2011-2016.

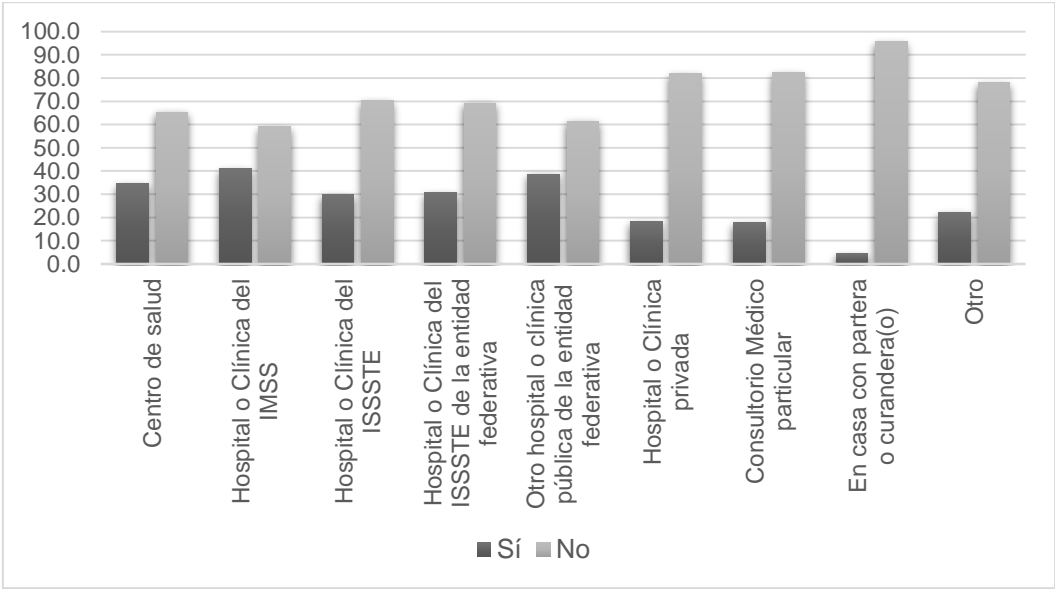


Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDIREH, INEGI, 2016.

Respecto a la institución de salud donde fue atendida la mujer durante su último parto, podemos observar en el gráfico 3 que es en los Hospitales o Clínicas del IMSS donde mayor porcentaje (40.8%) de mujeres declararon haber sufrido violencia obstétrica, seguido de hospitales o clínicas públicas pertenecientes a la entidad federativa de residencia (38.7%) y de centros de salud (34.7%); por su parte, 29.8% y 30.7% de las mujeres atendidas en el ISSSTE e ISSSTE estatal respectivamente, declararon haber sido víctimas de violencia. Esta situación se da principalmente por el modelo biomédico que impera en las instituciones, que se limita a lo clínico-biológico y elimina de manera totalitaria, el entramado sociocultural y económico de las mujeres, así como un enfoque basado en los derechos sexuales y reproductivos.

Caso contrario es el de las mujeres que fueron atendidas en la casa de la partera o curandera(o), donde solo 4.5% declaró haber sido víctima de violencia obstétrica, dada la relación establecida donde la partera asume un rol de apoyo y la mujer es protagonista del proceso. Otro dato relevante es que de las mujeres que fueron atendidas en un hospital o clínica privada durante su último parto, 18.2% declaró haber sido víctima de violencia obstétrica, siendo menor que en instituciones públicas. Esto se debe a la dinámica de mercado, dado que la relación médico-mujer se convierte en una relación clientelar, por lo que el médico cuida aspectos que en el sector público no se visualizan, ya que potencialmente representa más ingreso.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia obstétrica por lugar o institución donde se atendieron, 2011-2016.



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENDIREH, INEGI, 2016.

De acuerdo con datos del INEGI (2016), el grupo de edad que mayor porcentaje de violencia obstétrica reportó fue el comprendido por mujeres de 15 a 24 años de edad, donde 37.7% declaró haber recibido algún tipo de maltrato; esta situación es alarmante, debido a que el embarazo adolescente es un problema de salud pública, que se agrava con la violencia que experimentan las jóvenes. Por su parte 32.9% del grupo etario de 25 a 34 años declaró que fue víctima de violencia obstétrica, mientras que el de 35 años y más, registró el menor porcentaje (27.7%) de víctimas.

1.3.1. Patologización del parto en México

Uno de los grandes problemas que atraviesa América Latina y México en particular, es la cantidad de cesáreas que se realizan en los servicios de salud tanto públicos como privados, siendo considerablemente mayor en este último.

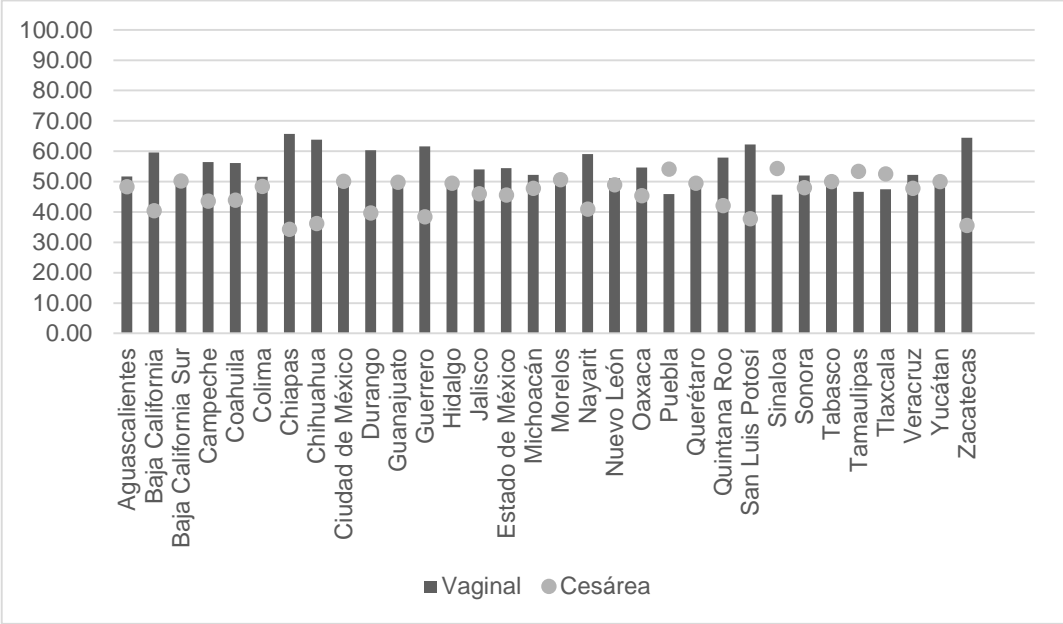
El excesivo porcentaje de nacimientos por cesárea vulnera los derechos reproductivos de las mujeres, que ante el miedo que los médicos proyectan o las amenazas constantes respecto al riesgo en la salud de sus hijos si no se realiza dicho procedimiento quirúrgico, no encuentran otra posibilidad que autorizarlo. Se utiliza el discurso médico del riesgo como estrategia de control y culpabilización.

En México la situación es alarmante, con el paso de los años la práctica de la cesárea innecesaria es cada vez más recurrente. En el periodo que comprende del año 2013 al 2018, 53.9% del total de nacimientos fueron vía vaginal, mientras que 46.1% vía cesárea (23.3% programada y 22.8% de emergencia). Esos datos muestran dos situaciones relevantes: la primera es que cerca de la mitad de los nacimientos en México se dieron por intervención quirúrgica, lo cual contrasta con las recomendaciones de la OMS quien precisa que únicamente entre 10 y 15% de los nacimientos deben ser por esta vía; por otra parte, del total de nacimientos 23.3% fueron por cesárea programada, esto indica que los médicos ya cuentan con la predisposición de realizar dicha intervención y no permiten que el parto evolucione fisiológicamente, dejando a las mujeres sin capacidad de decidir sobre el proceso vivido, argumentando que existen indicaciones absolutas que obligan a realizar la cesárea. Es importante hacer hincapié en que la decisión de llevar a cabo una cesárea se tomó mayormente en la consulta prenatal (46.2%), mientras que 25.6% se determinó antes de iniciar el trabajo de parto y 28.2% durante el parto.

En el gráfico 4 se observa un dato preocupante: existen nueve entidades federativas en donde más del 50% de los nacimientos se dieron vía cesárea, encabezando Sinaloa (54.3%) dicho rubro, seguido de Puebla con 54.2% y Tamaulipas con 53.3%. La lista la complementan Baja California Sur (50.3%), Ciudad de México (50.1%), Morelos (50.6%), Tabasco (50.1%), Tlaxcala (52.6) y Yucatán (50.1%).

Las entidades federativas en donde menor porcentaje de mujeres declaró haber tenido a su hijo vía cesárea son Chiapas (34.3%), seguido de Zacatecas (35.6%), San Luis Potosí (37.8%), Guerrero (38.4%) y Durango (39.6%), siendo los únicos estados que reportaron por debajo del 40%.

Gráfico 4. Tipo de parto por entidad federativa, 2013-2018.



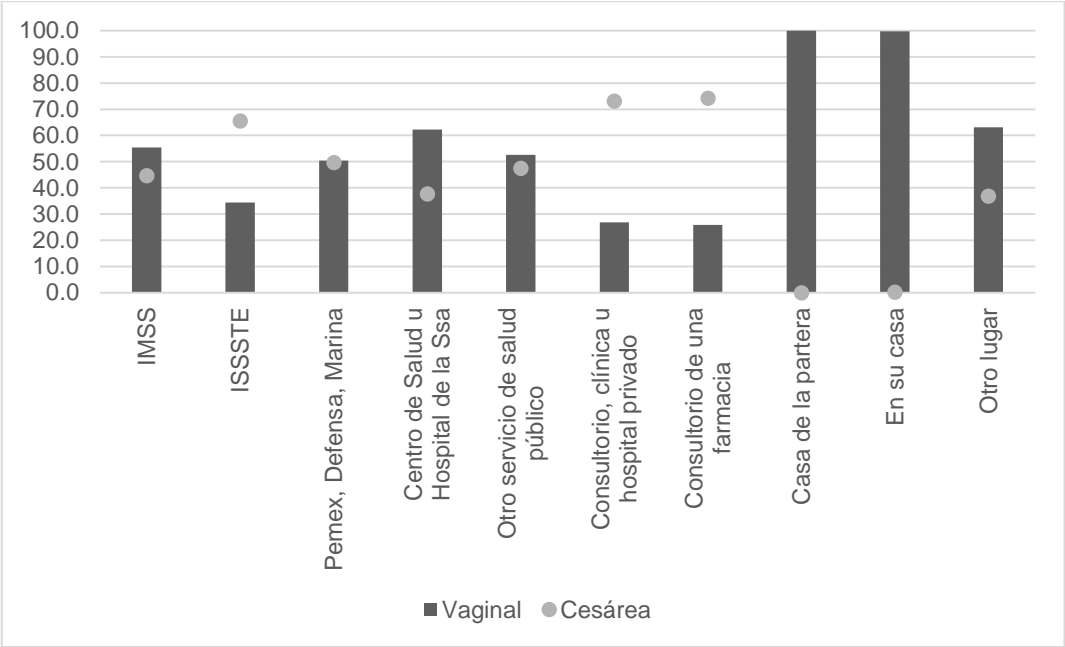
Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENADID, INEGI, 2018.

Al analizar el tipo de parto por institución donde se atendió (Gráfico 5), se identifican diversos datos relevantes. El primero es que todas las mujeres que fueron atendidas en su casa o en la casa de la partera reportaron haber tenido a su hijo vía vaginal, es decir, se respetan los procesos fisiológicos; aunque debe aclararse que ante ciertas complicaciones que se presentan en el proceso de parto y por las que se requiere realizar una cesárea, la partera refiere a la mujer gestante al centro de salud u hospital para su atención, ya que no cuenta con esa capacidad resolutoria. Contraria es la situación en el sector privado, donde 73.2% de las mujeres declaró que tuvo a su hijo por cesárea (48.3% programada y 24.9% de emergencia), es decir, solo una cuarta parte tuvo la posibilidad de tener un parto vía vaginal. Situación que también está asociada a la dinámica de mercado, donde la cesárea es vendida como una vía que evitará la experiencia del sufrimiento.

Respecto a las instituciones públicas, es en los centros de salud, clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud donde menos se practica la cesárea (37.8%), mientras que en el ISSSTE es donde mayor porcentaje se presenta (65.6%), del cual 37% corresponde a cesárea programada y 28.6% de emergencia. En el IMSS 55.4% de los nacimientos fueron vía vaginal, mientras que, del total de cesáreas realizadas, es mayor el porcentaje en aquellas que fueron de emergencia (25.3%).

Una situación alarmante es la observada en el resto de instituciones de seguridad social, tales como PEMEX, SEDENA y SEMAR, donde la mitad de los nacimientos fueron vía cesárea, reflejo de la patologización¹⁴ del parto, visto como un proceso que debe ser medicalizado.

Gráfico 5. Tipo de parto por lugar o institución donde se atendió, 2013-2018.

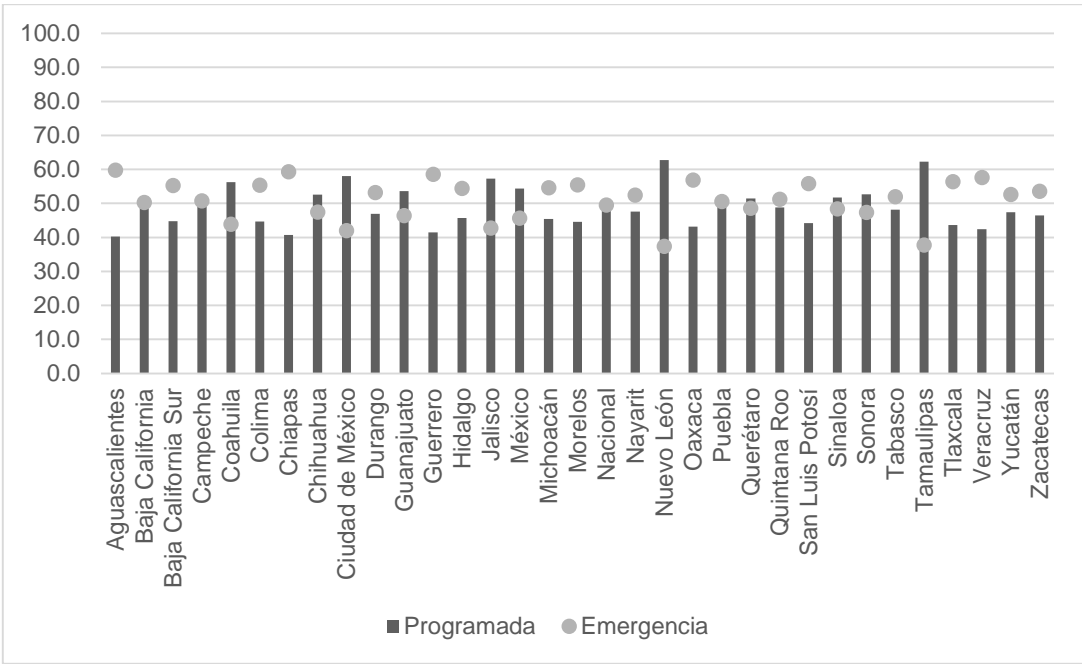


Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENADID, INEGI, 2018.

¹⁴ La patologización es entendida como la situación en que un proceso natural del cuerpo humano es afrontado como un problema de salud, comienza a figurar como una enfermedad que, a juicio del profesional de la medicina, provoca un estrecho modo de vida. Esto a su vez provoca la medicalización de la vida, entendida por Illich (1975) como la invasión del cuerpo y la vida cotidiana, por medio de técnicas médicas y farmacéuticas, dependiendo así de la atención profesional y del consumo de medicamentos. El autor hace referencia a la clasificación iatrogénica de las edades del hombre como parte de una cultura donde la población acepta como verdad que requiere atención médica sistemática proveniente del modelo médico occidental, durante todas las etapas de su vida, desde el nacimiento hasta que envejece.

Como se observa en el gráfico 6, las entidades que más cesáreas programaron respecto al total que se realizaron en cada una de ellas, son Nuevo León (62.7%), Tamaulipas (62.3%) y Ciudad de México (58.1%), con porcentajes muy por encima del nacional que es de 50.5%. Cabe destacar que en total once estados están arriba del porcentaje nacional respecto a la programación de cesárea. Contrario a lo anterior, están Aguascalientes con el menor porcentaje (40.3%), seguido de Chiapas (40.7%) y Guerrero (41.5%).

Gráfico 6. Tipo de cesárea por entidad federativa, 2013-2018.



Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENADID, INEGI, 2018.

Ahora bien, en el cuadro 2 se observa que, del total de cesáreas programadas, 41.8% fue por sugerencia del personal médico, mientras que 39.1% se programó por riesgo en la salud del bebé. Un dato que llama la atención es que 3.4% de las cesáreas programadas fueron sin el conocimiento de la mujer, es decir, se impuso dicho procedimiento sin consultarla y sin su consentimiento. Asimismo, 4.4% se programó dado que la mujer no quería experimentar dolor, mientras que 6.1% también fue a solicitud de la propia mujer por motivos diferentes.

Cuadro 2. Tipo de cesárea y motivo por el que se realizó, 2013-2018.

Motivo Tipo de cesárea	Complicación en la salud del bebé	Sugerencia del personal médico	Decisión del personal sin dar aviso	Mujer no quería dolor	Solicitud de la mujer	Otro motivo
Cesárea Programada	39.1	41.8	3.4	4.4	6.1	5.2
Cesárea de Emergencia	79.6	12.2	3.6	0.7	0.4	3.5

Fuente: elaboración propia con base en datos de la ENADID, INEGI, 2018.

Por último, respecto a la cesárea de emergencia, cerca del 80% fue debido a complicaciones en la salud del bebé, algo que ocurre constantemente en las salas de parto ya que al existir dificultades tales como el circular de cordón o la pérdida de líquido amniótico, se experimenta un momento complejo donde los médicos deben tomar la decisión de realizar una cesárea, pero siempre bajo consentimiento informado de la mujer o algún familiar. Sin embargo, 3.6% declaró habersele realizado una cesárea de emergencia por decisión del personal médico sin que le avisaran sobre el procedimiento.

CAPÍTULO 2. EXPROPIACIÓN DE LA VIDA REPRODUCTIVA

A lo largo de la historia, las mujeres se han encontrado subordinadas ante un poder masculino, que las ha relegado a tareas del hogar sin oportunidad de trascender en otros ámbitos sociales, como la educación o la salud, sin embargo, es en las últimas décadas donde han experimentado la expropiación de su vida sexual y reproductiva, a través de mecanismos de control y disciplina implementados por el Estado.

Para comprender la situación que atraviesan las mujeres y el proceso que las llevó a perder los derechos sobre sus cuerpos, en el presente capítulo se abordan los principales modelos médicos de atención, particularmente el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que en un contexto capitalista en su fase neoliberal, ha subordinado a modelos alternativos de atención, dando paso a la mercantilización y medicalización de la vida y de los procesos sexuales y reproductivos, donde las mujeres no cuentan con la posibilidad de ejercer sus derechos.

De igual forma, se analiza cómo la mujer dejó de ser protagonista de su vida sexual y reproductiva; los procesos que la llevaron a su institucionalización, comenzando a ser afrontada desde una mirada clínica-biológica y atendida en espacios hospitalarios, ignorando los aspectos socioculturales.

2.1. Modelos médicos de atención: un acercamiento a las prácticas en salud

En el capítulo anterior se muestra la complejidad de la violencia obstétrica, para entender por qué y cómo surge, así como para comprender cuáles son los elementos que nos posicionan en un terreno donde es cada vez más recurrente, es importante precisar la situación vivida en el sistema de salud y la dinámica de atención. A continuación, se explican los distintos modelos médicos existentes, haciendo énfasis en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), que emerge del modo de producción capitalista en América Latina y el establecimiento de su fase neoliberal.

Los modelos son construcciones e instrumentos metodológicos que, de acuerdo con Eduardo Menéndez (2010), suponen una construcción propuesta por medio de determinados rasgos estructurales, cuyo valor es heurístico, donde es la dinámica

histórica y social la que da cuenta de los procesos de transformación operados. Específicamente, define a los modelos médicos como “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’, sino también la participación en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1992: 101), es decir, los modelos determinan prácticas en que adquieren materialidad. De entre los modelos y sus prácticas, prevalecen los hábitos que se expresan en los comportamientos concretos de quienes otorgan atención médica.

2.1.1. Modelo Médico Hegemónico

El MMH planteado por Menéndez en la década de los 70 del siglo XX, reafirmó el control del Estado sobre la vida y los procesos de atención de la población por medio de la subordinación en distintos niveles de operación de la medicina científica: uno en el que las prácticas no occidentales quedan subordinadas respecto de la práctica alopática y otro en el que sus agentes (profesionales de la medicina y de enfermería) adquieren el papel central en la relación curador-enfermo. Surge un proceso de institucionalización de la salud, particularmente en la salud sexual y reproductiva.

Dicho modelo se compone de tres submodelos: *modelo médico individual privado*, *modelo médico corporativo público* y *modelo corporativo privado*. Dentro de las características más importantes de este modelo¹⁵ se encuentra que tiene una concepción teórica evolucionista-positivista, es ahistórico, individual, con visión biologista; cuenta con una relación médico-paciente asimétrica, jerárquica y dominante que provoca una participación subordinada y pasiva del paciente en las acciones de salud y lo excluye del saber médico; determina que no tiene posibilidad de involucrarse en la toma de decisiones sobre su vida, para así mantener un orden médico¹⁶, y afrontar el proceso salud/enfermedad/atención en sentido medicalizador.

¹⁵ El MMH es jerárquico, asimétrico, clasista y racista tanto biológica como culturalmente. Expresa una función ideológica de dominación y también las limitaciones científicas del mismo.

¹⁶ Clavreul lo define como un orden que “no pretende ni puede pretender decir otra cosa que lo que ve la <<mirada>> médica, que sólo retiene lo que puede retener el discurso médico” (Clavreul, 1983: 42).

El submodelo con mayor alcance teórico para esta investigación es el corporativo público¹⁷, construye subprofesionales controlados, que realizan su práctica para mantener un orden institucional; dirige las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector. Asume las condiciones sociales y económicas de la atención curativa y propone criterios de organización social de la prevención (Menéndez, 1992).

2.1.2. Modelo Médico Alternativo

Contrario al MMH, se plantea el Modelo Médico Alternativo, donde se encuentran las prácticas tradicionales, tales como la curandería y la partería que constituyen alternativas a la medicina occidental, sin embargo, han sido estigmatizadas por el modelo dominante, que con su proceso de expansión busca subordinarlas ideológicamente, por medio de su apropiación y transformación.

Al hablar de un sistema tradicional de atención, se hace alusión a un conjunto de recursos humanos que tienen como principio el uso de recursos naturales y toman en cuenta la carga cultural del espacio en que se suscriben. Su atención se encuentra dirigida a la prevención y curación, algo que no se observa en el modelo biomédico donde la intervención del personal de salud se dirige a la curación de patologías.

La antropología social tenía como propuesta teórica el reconocimiento de la medicina científica como la *medicina*, sin embargo, hace hincapié en aceptar las prácticas tradicionales, que tienen su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica (Menéndez, 1985), y están integradas a las concepciones ideológicas de la comunidad, por lo que la medicina científica en ciertos contextos no es la mejor opción de atención.

Al tomar en cuenta el contexto social, cultural y económico de Latinoamérica, particularmente de México donde existen comunidades que se encuentran sumamente arraigadas a sus usos y costumbres, la atención biomédica planteada por el MMH no funciona. Un claro ejemplo es la atención del embarazo y el parto, donde la partería, práctica heredada por generaciones, juega un papel fundamental debido a que la mujer confía más en la partera tradicional que en el profesional de la

¹⁷ En este submodelo se da la concentración monopólica de la atención, el aumento de la burocratización, así como la creciente medicalización de la vida.

medicina, ya que ésta ha dedicado gran parte de su vida a la salud materna en su comunidad, creando un vínculo especial y una relación de apego. Esta relación no se genera en la medicina occidental ya que este modelo jerarquiza las relaciones, ejerce poder sobre el cuerpo de la mujer y otorga atención distante. Además, la deficiencia y carencia en los recursos materiales y humanos, así como la ausencia de una visión social/cultural en la atención institucional, hace que un modelo de atención tradicional sea fundamental en algunas regiones de México y del resto de América Latina.

2.1.3. Modelo de Autoatención

Por último, se encuentra el modelo basado en la autoatención, dirigido a asegurar la reproducción biológica y social. Tiene como fundamento que es la propia persona o personas de su grupo comunal o parental quienes realizan el diagnóstico y otorgan atención, sin intervención institucional. Sus acciones van desde no hacer nada, encaminadas a la cura espontánea, hasta el uso de equipo de alta complejidad.

Una vez planteados los tres modelos de atención, se destaca que el MMH requiere imponer su hegemonía sobre los otros modelos, es decir, busca subordinar la atención alternativa y la autoatención al saber médico occidental, que tiene un discurso hegemónico, excluyente e incuestionable, fundamentado en la racionalidad científica y en el proceso de profesionalización implementado por el Estado, con el objetivo de ser la referencia científica y así, determinar las acciones sanitarias.

La expansión de este modelo se da en un proceso de concentración monopólica en atención de la salud y de ampliación de la medicalización, que surge también en las clases subalternas, imponiendo métodos invasivos sobre la vida. Debido a esto, el campo médico, constituido “por el conjunto de organizaciones, instituciones y actores de la salud [así como por instituciones encargadas de formar nuevos profesionales de la salud] (...), [que] mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria” (Castro, 2014b: 342), es afectado por el modelo hegemónico, en la búsqueda cotidiana de mantener el orden.

2.2. Transferencia de la salud sexual y reproductiva al modelo médico occidental

Hoy en día, el campo de intervención de la medicina se ha expandido, tanto a nivel individual como colectivo, se encuentra dotado de un poder autoritario con funciones normalizadoras. Dejó de ser esencialmente una cuestión clínica para ser no solo social, sino política; se convirtió en una medicina de Estado.

Desde principios del siglo pasado, comenzó a intervenir en temas no afines a su campo tradicional, respondió en campos fuera de sus límites determinados por la propia demanda del enfermo y su enfermedad (Foucault, 1999). La sexualidad y los procesos reproductivos comenzaron a ser vistos por la medicina como objetos de intervención, que requieren atención clínica y terapéutica, a pesar de ser procesos fisiológicos y que, por tanto, no deben ser abordados estrictamente por métodos apegados a la medicina moderna. Sin embargo, esto se da como un acto de autoridad, para mantener un control e imponerse a los individuos.

La transferencia de los procesos sexuales y reproductivos hacia la medicina moderna se dio en tres sentidos, el primero es la transferencia del conocimiento y atención de las parteras -que durante décadas han sido el soporte de las mujeres para la atención del embarazo y el parto, tanto en comunidades rurales como urbanas- hacia la medicina occidental, dándose un proceso de subordinación y represión por parte del orden médico, ya que el saber tradicional no es parte de la cientificidad. Posteriormente se da paso al hospital como el lugar donde las mujeres deben atenderse, dictando que es el espacio idóneo para el nacimiento. Por último, las mujeres pierden su capacidad de decisión respecto a su proceso de vida, donde ahora el discurso médico hegemónico¹⁸ dicta cómo deben ser atendidas y tratadas.

Esta transferencia fue un “proceso gradual y progresivo que tuvo un fuerte impulso precisamente cuando la razón, la ciencia y la aplicación práctica de conocimientos basados en la experimentación y la deducción, transformó tanto la concepción del

¹⁸ De acuerdo con Clavreul, elimina cualquier otro discurso, desechando elementos de interés. Para el autor “es propio del carácter totalitario del discurso médico el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede desembocar en ninguna práctica que fuese médica” (Clavreul, 1983: 93).

Estado y del gobierno, como el campo de la medicina” (Agostini, 2001). Dicho de otra manera, el Estado provocó por medio de la medicina occidental, la subordinación de la partería ante el saber médico y eliminó a su vez el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, además de su carga histórico-cultural, homogeneizando la atención del embarazo y el parto.

2.2.1. Partería – Medicina Occidental

Muestra de lo anterior es el caso de distintos países latinoamericanos, donde en la primera mitad del siglo XX existía fuerte presencia de personas que otorgaban atención médica considerada como alternativa, tales como curanderos y matronas, que eran actores vistos con aprecio en la comunidad y tenían un rol de autoridad dentro de ésta. Las matronas o parteras, históricamente, tuvieron un papel central en la atención de la salud no solo reproductiva, sino de la salud general de la población. Fueron y en algunas regiones siguen siendo miembros activos de su comunidad, donde son más requeridas que los profesionales de la medicina.

Por ejemplo, la relación entre la matrona y la mujer gestante se caracteriza por ser afectiva y de confianza dado que es vista como una persona cercana y familiar (Camacaro, 2009), que otorga atención apegada a los derechos reproductivos. Asimismo, el conocimiento que tiene derivado de su experiencia hace que su práctica sea requerida en su comunidad de origen (Valdez, 2005).

Sin embargo, a partir de mediados del siglo XX, comenzó un importante proceso de profesionalización de la medicina, con la implementación del modelo hegemónico, requerido y legitimado por el Estado. Esto provocó una disminución de la medicina, ahora denominada alternativa, al adquirir por la hegemonía de la medicina científica un lugar periférico, donde además se estigmatizó la práctica de las matronas, para que la medicina occidental tomara el control de la salud sexual y reproductiva, institucionalizando la atención del embarazo y el parto.

Con esto, se ve afectado un proceso histórico de transmisión de saberes heredados durante generaciones y por consecuencia inicia el progreso de la medicina profesional, con características ajenas a las comunidades, que están apegadas a sus

usos y costumbres, y por lo tanto a la medicina tradicional. Dicho de otro modo, las mujeres son excluidas de las actividades relacionadas con la salud materna, donde solo aquellos autorizados por la ciencia y la tecnología pueden intervenir.

2.2.2. Casa – Espacio Hospitalario

Se presenta la transferencia del espacio físico donde las mujeres tienen su parto; con el modelo de atención tradicional, era en el hogar de la partera o de la propia embarazada, y con el Modelo Médico Hegemónico el espacio hospitalario surge como lugar “idóneo” en el que las mujeres, de acuerdo al discurso dominante, no solo pueden, sino deben tener a su hijo. Sin embargo, el hospital es un espacio creador de enfermedades por el dominio cerrado y pestilente que tiene; protegiendo, comunicando y multiplicando así la enfermedad (Foucault, 2004), por lo que se cuestiona la idoneidad del hospital como espacio para el nacimiento.

Si bien, siguiendo el argumento anterior, el hospital no es el espacio adecuado para el nacimiento ya que está dirigido al tratamiento de enfermedades y el parto es un proceso fisiológico, el discurso médico hegemónico ha creado una conciencia colectiva que acepta el nacimiento en un lugar de enfermedad, para plantear e imponer como una verdad social la visión de afrontarlo como un evento patológico que requiere ser medicalizado e instrumentalizado.

Tal como lo mencionó Michel Foucault (2004), la medicina no es un campo de conocimiento puro, sino condicionado por el momento histórico, así como por los sistemas económicos y políticos en los que se inscribe. Con la presencia del capitalismo, surgió una fuerte relación entre la medicina y la economía, dándose un proceso de mercantilización de la salud, que requería un modelo médico que le permitiera legitimarse y desacreditar modelos alternativos que no tuvieran como fin el fortalecimiento del mercado, particularmente el de la industria farmacéutica -actor principal de la medicalización de la vida-, siendo el hospital el espacio perfecto para el logro de los objetivos del capitalismo, ya que juega un rol de control social.

2.2.3. Mujeres – Estado Autoritario

Se ha documentado (Carrillo, 1999; Arguedas, 2014) cómo el saber de la salud sexual y reproductiva, un saber perteneciente a las mujeres, fue abruptamente expropiado con el objetivo de legitimar la institucionalidad moderna, dominada particularmente por la medicina occidental con una identidad profesional masculinizada, donde el saber femenino no encuentra espacio, ya que el campo médico está plenamente identificado con los roles de género socialmente asignados, donde las mujeres no tienen la posibilidad de sobresalir en otros ámbitos fuera del hogar y la crianza de los hijos. Con esto, los profesionales de la salud implementaron las condiciones en que las mujeres hoy en día llevan sus procesos reproductivos, desplazándolas de su rol protagónico. Fueron desterradas de su cuerpo por parte del Estado y de una figura masculina, para así llevar a cabo una “manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos. [Para que] el cuerpo humano entre en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una ‘anatomía política’, que es igualmente una ‘mecánica del poder’, está naciendo” (Foucault, 2003: 126) y produce cuerpos dóciles, sometidos y sexuados, para un mejor manejo desde la medicina occidental y así el Estado tener el control de los procesos reproductivos.

Y es justamente el Estado el actor principal en fomentar y permitir la violencia dirigida a las mujeres en sus procesos reproductivos, ya que ha garantizado el monopolio de la profesión a los médicos, quienes se adscriben el poder de modificar los hábitos y comportamientos de las mujeres, que, desde su mirada científica, se consideran incorrectos y atentan contra su higiene y salud. Con esto, se comienza a hablar de la institucionalización de los procesos reproductivos, donde el saber médico, situado en una institución de control social, juega un papel de autoridad.

Esta institucionalización de los procesos reproductivos ha eliminado la libertad de las mujeres para decidir sobre su salud materna, ya que depende exclusivamente de la “lógica, la estructura, el proceder y la intencionalidad de las instituciones en que las decisiones reproductivas son concretas, modeladas o incluso, muy frecuentemente, elaboradas y tomadas.” (Cervantes, 1999: 375).

Si bien la partería tradicional está presente en algunas regiones de Latinoamérica, es cada vez menos recurrente debido al monopolio de la salud, por lo que la partera y la mujer gestante son cuestionadas por el sistema médico dominante (Erviti, 2010). El poder médico cuenta con intervenciones que permiten el control social y fortalecen el Modelo Médico Hegemónico, que ignora todo aquello que no encuadra en su visión, señalándolo de incorrecto y primitivo (Belli, 2013), y dicho poder no solo se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres, sino a través de él (Arguedas, 2014), ya que decide, lleno de significados patriarcales¹⁹, cómo debe ser tratado su cuerpo y su vida.

Este poder tiene una expresión vertical, que proviene del saber médico y mira hacia lo terrenal de las demandas de la sociedad, vistas como un saber común, popular y no especializado, por lo que el discurso médico occidental las anula. Con la apropiación de la salud reproductiva, el cuerpo de las mujeres entra en una dinámica de mercado económico, ya que serán atendidas bajo las normas establecidas por el modelo dominante que encuentra estrecha relación con las reglas del mercado.

En general, son tres los acontecimientos históricos que impactaron negativamente en la vida reproductiva de las mujeres: el primero es la transferencia de la salud materna de manos de la partera hacia los profesionales de la medicina; el segundo el traslado del parto en el hogar a los hospitales y el último, provocado en parte por los dos anteriores, es la transferencia de los procesos reproductivos de las mujeres hacia el Estado, que ahora es el encargado de determinar el modelo de atención al que deben someterse. Con dichos acontecimientos, la vida sexual y reproductiva ya no es ajena a la medicina, que la apropia y la hace parte de su modelo médico.

2.3. Biopoder

Uno de los grandes aportes de Michel Foucault es referente a las tecnologías de poder, al biopoder, categoría esencial en los estudios realizados desde la Salud Colectiva y sus fundamentos teóricos.

¹⁹ La categoría de *patriarcado* hace referencia a un sistema social de dominación del hombre sobre la mujer, que pierde capacidad y libertad dentro de la sociedad; es sometida a tareas del hogar y la crianza de los hijos.

El poder se implementa de dos maneras sobre la vida de las personas. En primera instancia, el autor centra su atención en una técnica de poder basada en la disciplina, un poder dirigido y centrado en el cuerpo individual, enfocado en el cuerpo como máquina, llamada *anatomopolítica*, que tiene como objetivo vigilar a las personas desde un nivel micro, es decir, sobre su propio cuerpo, para así generar cuerpos y a su vez mentes dóciles que estén al servicio de quien ejerce dicho poder. En el tema de la salud reproductiva, existe un ejercicio de poder disciplinario sobre las mujeres, donde los profesionales de la medicina buscan subordinarlas y mantenerlas dóciles ante sus indicaciones, ante el discurso médico imperante, anulando el suyo que no tiene bases científicas, con el objetivo de mantener la legitimidad del campo.

Posteriormente, encontramos un poder no disciplinario, es decir, una técnica de poder regulatorio que no excluye a la disciplina, sino que “la engloba, la integra, la modifica parcialmente y sobre todo, que la utilizará implantándose en cierto modo en ella” (Foucault, 2000: 219). Esta técnica es de otro nivel, tiene una escala global y no se encuentra dirigida al cuerpo individual, sino a la regulación de la sociedad, tal como se muestra en el cuadro 3, por lo que los instrumentos utilizados en su implementación son distintos al poder disciplinario.

Cuadro 3. Tecnologías de poder.

Anatomopolítica	Biopolítica
Disciplinaria	Regulatoria
Cuerpo individual	Cuerpo social (Sociedad)

Fuente: elaboración propia.

Aquí hay que vigilar, adiestrar y si es requerido, castigar; se dirige a la vida del hombre, al hombre ser viviente y no al hombre/cuerpo, busca la subordinación de ciertos grupos por medio de la regulación, tales como las mujeres que, bajo una lógica patriarcal, deben estar sometidas y en el caso de eventos como la fecundidad o la natalidad, estar bajo las necesidades del Estado a través del campo médico.

Centra su atención en el cuerpo-especie sirviendo de soporte a los procesos biológicos, imponiendo comportamientos incuestionables, como la obligatoriedad hacia las mujeres de convertirse en madres o en su caso prohibirles la maternidad por medio de la anticoncepción forzada, a lo que Foucault (2000) llama una *biopolítica* de población, que se caracteriza por ser un poder regulatorio.

Esta nueva tecnología de poder también llamada *biopolítica* de la especie humana, busca controlar procesos y eventos sociodemográficos y epidemiológicos tales como la fecundidad, la natalidad, así como la mortalidad y la enfermedad de la población. Estos eventos juegan un papel importante en las condiciones económicas y políticas de una nación y es por eso que el Estado considera necesario controlarlos bajo un esquema regulatorio, es decir, por medio de la *biopolítica*. Y es en la consolidación del capitalismo por un lado y la modernidad por el otro, que la función social que se le asigna a la medicina científica es la de regulación social de los cuerpos, orientada no solo al control del cuerpo individual, sino que busca asegurar la reproducción en tanto es fuerza productiva, fuerza de trabajo. Se logra mediante la estimulación de la fecundidad, así como con el aumento en la esperanza de vida, es decir, interviniendo en dos eventos vitales: el nacimiento y la muerte.

En México, esta biopolítica fue implementada desde finales de los años setenta del siglo XX, donde surgió una política controversial, a través de la promulgación de la Ley General de Población, que tuvo como eje principal controlar el crecimiento desmedido de la población, situado en 3.5% anual a mediados del decenio de los setenta (Ordorica, 2014). El principal objetivo de la política fue la reducción de la fecundidad, debido a que el Estado consideró que la alta tasa de este indicador demográfico y la subsecuente disminución en la tasa de mortalidad, obstaculizaban el desarrollo económico del país. Sin embargo, algunos mecanismos implementados estuvieron dirigidos a eliminar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Con la centralización de la salud, el Estado mexicano institucionalizó la vida sexual y reproductiva, definiendo el comportamiento poblacional. Las mujeres comenzaron a asistir al sistema de salud estatal, atraídas por un discurso de razón médica, convirtiéndolas en población usuaria o potencialmente usuaria (Cervantes, 1999).

Y es con la implementación de este poder que también se da la centralización del saber médico y de la información, la medicina occidental adopta la función regulatoria de la higiene pública y da paso a un escenario de medicalización de la población.

2.4. Medicalización de los procesos naturales... medicalización de la vida

Fue durante la primera mitad del siglo XX cuando se presentaron avances importantes en la medicina occidental, como el descubrimiento de la penicilina y diversos antibióticos. Por primera vez se contaba con la posibilidad de afrontar enfermedades infecciosas, situación que a la postre aportó legitimidad a la medicina moderna ante la sociedad (Illich, 1975). Paralelo a este progreso, surgieron instituciones de seguridad social en el mundo, México no fue la excepción, lo cual funcionó para establecer el proceso de estatalización de la salud.

Si bien lo anterior surgió a principios del siglo XX, no fue sino hasta las últimas décadas del mismo y en lo transcurrido del XXI, con la implementación del MMH, que la vida se vio inmersa en un proceso de medicalización abrupta, basta decir que existe una dependencia respecto a la atención médica profesional y que el hábito de consumir medicamentos es cada vez más visible, lo cual no es ajeno en la salud materna. El uso masivo de medicamentos se dio en distintas zonas geográficas, incluidas las rurales, donde la presencia de fármacos como la penicilina y el aumento en la frecuencia de prescripciones de medicina de patente por parte de los llamados curanderos, quienes ejercían una medicina alternativa, hizo que se comenzara a hablar de la medicalización de la vida (Menéndez, 1992); estos actores se vieron subordinados y llevaron a cabo su práctica bajo la lógica del modelo dominante.

La fragmentación del cuidado médico llevó a la especialización de la medicina (Almeida-Filho, 2000), a lo que Iván Illich (1975) llama *clasificación iatrogénica* de las edades del hombre, que deteriora la calidad del ambiente de las personas. El médico inicia la apropiación de la vida desde el examen prenatal mensual, seguido de la decisión de cuándo y cómo nacer. Esto encuentra legitimidad en el saber científico y en el control de la sociedad sobre el individuo, que no se lleva a cabo únicamente por la conciencia o la ideología, sino se ejerce sobre el cuerpo (Foucault, 1977).

Poco se ha hablado de los efectos nocivos de los medicamentos, de la medicalización del cuerpo y de la vida entera. Los profesionales de la medicina disponen de instrumentos que “provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos, y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión” (Foucault, 1999: 349). Debido a los efectos producidos por la medicalización, se habla de una perturbación, de una destrucción del ecosistema no solo del individuo en su nivel más micro, sino de la especie en su conjunto, debido a la dependencia de la población a los medicamentos catalogados como de patente.

El discurso médico hegemónico se ha encargado de expandir la medicalización de la vida, incluso en procesos fisiológicos como el embarazo y el parto. Durante este último se obliga a las mujeres a estar en cama como si su condición requiriera reposo, lo cual es cuestionable debido a que la enfermedad es un modo de vida estrechado, una conmoción y puesta en peligro de la existencia, donde se dan reacciones catastróficas en el ambiente que le es propio. Esto permite asegurar la eficacia de los profesionales de la salud durante su práctica y así, evitar amenazas a la legitimidad de su campo, como el resurgimiento de una atención alternativa, sin importar la afectación en la salud física y psicológica de la mujer (Camacaro, 2009).

El proceso de medicalización de la vida cotidiana es el medio por el que la medicina se ha forjado una posición privilegiada en la construcción de la normalidad, en definir los límites entre lo normal y lo patológico, entre lo sano y lo enfermo (Canguilhem, 1978; Foucault, 1996). Busca dar solución a la vida reproductiva de las mujeres, bajo este proceso donde existen rutinas que reducen su capacidad de valerse por sí mismas y dependen de intervenciones médicas para afrontar su vida, tales como el uso de fórceps, la aplicación de oxitocina para inducir el parto o la cesárea como única vía para el nacimiento. Ante esta situación, la sociedad moderna vive en estados médicos abiertos, caracterizados por una medicalización sin límites.

Foucault (2004) hace alusión a que la medicina ha encontrado su carácter científico y la clínica ha cobrado consistencia, gracias a la posibilidad de referirse a la anatomía patológica. Por lo que, al transferir la atención de la salud sexual y reproductiva hacia

los médicos, las mujeres pasan a ser sujetos enfermos y su papel se ve reducido al de pacientes, que deben ser atendidos con medicamentos y alta tecnología para evitar riesgos en su salud, a pesar de estar atravesando por un proceso fisiológico.

Por lo anterior, durante los últimos años se ha cuestionado cómo el cuerpo de las mujeres se encuentra bajo control y vigilancia médica, y sus derechos sexuales y reproductivos han sido menoscabados, especialmente en los servicios de salud materna, donde el maltrato que reciben va desde la negligencia, definida como el castigo que sufren por no someterse ante el sistema obstétrico -ejemplo de ello, no asistir a atención prenatal- (De Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002), hasta la violencia física y verbal, tales como pellizcos o bofetadas durante la atención del parto, así como la realización de episiotomía a modo de castigo (Erviti, 2010).

Una de las críticas más importantes a la invasión y medicalización de los procesos reproductivos, proviene de Giovanni Berlinguer (1996), cuestiona el sufrimiento vivido por las mujeres en el hospital durante el parto y la manipulación de su cuerpo por medio de técnicas que impiden su participación en el proceso vivido, reconociendo que la medicina dicta el modo en que debe llevarse el parto.

Lo anterior se da, en gran medida, porque la medicina dominante tiene como única preocupación la racionalización de las intervenciones médicas y la optimización de los recursos (Laurell, 1994). No considera el contexto sociocultural ni el saber de las mujeres, son atendidas de manera homogénea, por medio de la medicalización, a pesar de tener mejor conocimiento sobre su propio cuerpo, ya que, siguiendo el planteamiento de Canguilhem (1978) son las juezas de esta transformación.

Si bien el avance en la medicina y en sus procesos que actualmente son menos mecanicistas y unilaterales ha permitido una mejora en la salud de la población, aún existen prácticas que se aplican de forma sistemática y medicalizadora que adquieren un carácter negativo, particularmente en la ginecobstetricia, ya que no se toma en cuenta la subjetividad de las mujeres, desencadenando situaciones de violencia obstétrica (Belli, 2013), pensando a las mujeres como simples objetos sobre los que debe intervenir y no como sujetos de derecho.

Se argumenta que las rutinas implementadas por los profesionales de la salud son necesarias para mantener el funcionamiento de las instituciones. Pero otro elemento por el que su trabajo es rutinario y no consideran las necesidades de las mujeres, es la poca confianza que tienen sin la estandarización de la atención, consecuencia de su formación académica, donde no abordan elementos sociales y como se detalla en el tercer capítulo, surgen problemas cuando se insertan aspectos socioculturales.

La medicalización de los procesos reproductivos somete a las mujeres a tratamientos quirúrgicos que previenen daño en el feto, sin importar que afecten su salud; pierden su autonomía, donde sus derechos se ven suprimidos por los del producto. Los profesionales de la medicina asumen y justifican los procedimientos como necesarios, bajo criterios médicos y científicos, dejando de lado la lógica de los derechos sexuales y reproductivos (Erviti, 2010).

El detrimento de la autonomía como consecuencia de la medicalización, representa la pérdida de libertad como capacidad para que las mujeres puedan conducirse por las normas que su conciencia reconoce como universales, por tanto, están frente a la pérdida de su dignidad, siendo ésta la razón por la que los seres humanos tienen un valor absoluto que el resto de las cosas no tienen (Cortina y Martínez, 2001).

Por lo planteado en el capítulo, puede decirse que la medicalización existe desde el nacimiento hasta la muerte, por lo que se habla de la patologización de la vida. Con esto surgen dos grandes cuestionamientos, ¿quién garantiza a la sociedad que los profesionales de la medicina, permeados por un modelo médico autoritario, respondan ante las necesidades de las mujeres en su vida sexual y reproductiva, con apego a sus derechos? y ¿bajo qué visión y discurso están siendo formados los futuros encargados de la salud materna?

CAPÍTULO 3. LA CONFORMACIÓN DEL HABITUS MÉDICO AUTORITARIO

Históricamente, la medicina ha tenido un compromiso social, por lo que en la formación del personal médico debe estar implícito el cuidado de la salud y la vida de las personas; implica una responsabilidad con la sociedad y el gremio médico.

En este capítulo se desarrolla el tema de la formación académica y el rol de las instituciones de educación superior y de los servicios de salud, en la preparación de los profesionales de la medicina, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. También se analiza la violencia y la jerarquización vivida dentro del campo médico; así como la importancia de la ética en las escuelas de medicina.

3.1. Afrontar la salud sexual y reproductiva, ¿desde qué perspectiva?

Las instituciones de educación superior tienen un papel principal en la formación de los futuros profesionales de la medicina, por lo que deben contar con mecanismos adecuados para transformar en expertos a quienes ingresan a las escuelas y facultades de medicina, que ante el hecho de adaptarse y ejercer su profesión bajo un contexto capitalista, donde impera la mercantilización de la salud, deben apegarse a los principios y valores implícitos y explícitos de su campo disciplinar, tales como: el altruismo, la tolerancia frente a la diversidad, la adherencia a los principios éticos, la sensibilidad social y la capacidad de establecer relaciones asertivas y respetuosas con los pacientes y los colegas, ya que son la raíz del profesionalismo médico y constituyen las bases del contrato colectivo con la sociedad (Morales, 2009).

Sin embargo, existe una crítica hacia la formación de las y los estudiantes de medicina, se cuestiona si tienen las herramientas adecuadas para ofrecer atención de calidad en la salud sexual y reproductiva. En la actualidad, el tema de la sexualidad está olvidado por las instituciones académicas, debido a que el MMH ha impuesto una visión biológica-reduccionista en el campo médico, en particular sobre los programas educativos (Salinas y Jarillo, 2013; Castro, 2014b). A pesar de que la sexualidad y los procesos reproductivos son aspectos centrales afectados por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, éticos, históricos y políticos, que deben ser analizados desde los fundamentos teóricos de la Salud Colectiva.

Es importante mencionar que, ante el énfasis de una perspectiva biológica en las escuelas de medicina, los servicios de salud y sus programas operativos carecen de componentes sociales y culturales, donde la atención se rige bajo estrategias de intervención centradas en lo orgánico. Esto impide atender las necesidades de la población. Se hace referencia a la mala calidad en la atención, pero ello no se reduce a la falta de recursos presupuestales, también es consecuencia de la formación de los profesionales de la medicina, es decir, no es un problema de origen gerencial, sino que encuentra su base en la propia estructura del campo médico.

Si bien, en los últimos años, hay mayor interés por parte de las escuelas de medicina en temas como la salud sexual y reproductiva, el principal problema es el abordaje propuesto: una visión clínica y terapéutica (Salinas, 2007), a pesar de ser procesos sociales en los que intervienen aspectos culturales conformados por las interpretaciones subjetivas de la comunidad. Esto provoca que, desde sus pasantías, los futuros profesionales de la medicina adquieran un discurso biológico, que se moldea, pero a la vez se fortalece y reproduce durante su práctica profesional, ya que facilita el manejo de los pacientes, al brindar una atención homogénea. Con esto, surge una complejidad cuando se ven insertos aspectos socioculturales en la práctica clínica, desconocidos por el personal ya que, durante su formación académica no se abordaron con una perspectiva integral.

Por lo tanto, se ven en la contradicción del ser profesional y del ser social, cuestionando dónde se encuentra la división entre ambos seres (Salinas y Jarillo, 2013). Ante la omisión de una perspectiva social en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, el personal médico experimenta confusión una vez que ejerce su práctica, debido a la estructura en que se formó; es decir, el discurso aprendido en la facultad se ve anulado. Por ejemplo, es en pocas áreas de la medicina donde se aborda el tema de la sexualidad, tal es el caso de ginecología, sin embargo, sólo se encuentra vinculado a la reproducción humana (Salinas y Jarillo, 2013).

Asimismo, un sector importante de los pasantes de medicina no detecta el tema de la sexualidad dentro de sus programas de estudios, haciendo referencia a que el poco conocimiento sobre el tema fue adquirido en la familia o en instituciones educativas

de nivel básico (Salinas y Jarillo, 2013), viéndose forzados a utilizar sus conocimientos primarios, por lo que no pueden ofrecer soluciones ante las necesidades en la salud sexual y reproductiva de la población y solo se enfocan en causas subyacentes, pero no aquellas que afectan en mayor grado la calidad de vida de las personas, debido a que su base teórica con una dimensión clínico-biológica no se los permite. Dicho de otra manera, existe una brecha entre lo teórico y lo práctico, volviéndose fundamental la vinculación de la enseñanza académica con la práctica profesional, ya que esta desarticulación sociocultural es una razón por la que los médicos establecen relaciones de poder, ya que experimentan frustración ante el hecho de no tener los elementos suficientes para otorgar atención de calidad.

3.1.1. Habitus

En el proceso de formación de los profesionales de la medicina existen elementos que afectan el conocimiento adquirido en las instituciones de educación superior. Por ejemplo, Michael Foucault (1990), al hablar de instituciones carcelarias, médicas y psiquiátricas, plantea la construcción de relaciones de poder –*tecnologías del yo*– entendidas como aquellas intervenciones sobre el cuerpo y la mente de los sujetos que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de ciertas habilidades, con actitudes determinadas, lo cual se observa en las escuelas de medicina, donde la enseñanza y el aprendizaje están permeados por un entrenamiento dirigido a la incertidumbre; los estudiantes deben aprender a diferenciar entre los límites del conocimiento médico y los límites personales, lo que en ocasiones no concretan.

De igual forma se ha identificado un entrenamiento basado en la atención distante, elemento asociado a la estandarización de la atención, que surge a la vez por la burocratización y organización institucional (Freidson, 1978; 2001). Con esto, el personal médico crea la capacidad de no involucrarse personalmente con el paciente y elimina con un carácter totalitario, cualquier discurso ajeno al suyo, en particular el de las mujeres, en nombre de la medicina occidental masculina. Por lo tanto, el tema de la comunicación médico-paciente es irrelevante para los estudiantes; consideran más importante adquirir conocimientos relacionados con la función regulativa, es decir, dirigen su aprendizaje hacia las patologías, consecuencia también del modelo

biologicista presente en los currículos universitarios; esto explica por qué los profesionales de la medicina afrontan los procesos reproductivos como una enfermedad. En la práctica se observa que estas instrucciones provocan en el personal médico un profundo distanciamiento hacia el paciente, ignorándolo incluso cuando el estado de salud es crítico, teniendo como fin la legitimidad y hegemonía del campo médico, para establecer un orden médico.

Con esto, los estudiantes atraviesan por un proceso de interacción en el que adquieren valores y actitudes, los intereses, así como las habilidades y el conocimiento -la cultura- vigentes en el grupo al que pertenecen o pretender ser miembros, a lo que Merton (1957) llama *socialización*. A través de ésta se genera la identidad profesional, que permite al futuro personal médico arraigarse al campo que pertenece y por tanto defenderlo ante los cuestionamientos. Esta socialización se da dentro de un campo, categoría planteada por Bourdieu (2005) y definida como “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones, las cuales están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 150).

Con la *socialización*, surge un habitus, explicado por Pierre Bourdieu, como un “sistema de disposiciones duraderas y transferibles como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos [...] sin ser producto de obediencia a reglas” (Bourdieu, 1991: 92), pero que está definido por el propio campo.

El autor centra su atención en cómo se desarrolla la reproducción cultural y la naturalización de determinados comportamientos y valores, un ejemplo es cómo los individuos internalizan y normalizan las relaciones de poder, convirtiéndolas en evidentes e incuestionables, incluso por los sometidos. Siguiendo el problema de la violencia obstétrica, se vuelve imprescindible considerar el *habitus* como una categoría que afecta el comportamiento y el trato del personal médico hacia las mujeres, que normalizan y asumen la violencia como parte del proceso de atención.

Específicamente en el campo de la medicina, surge el habitus médico, planteado por Castro (2014a) como la subjetividad producida socialmente, expresada en forma de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico. Es consecuencia de la interacción con los compañeros y docentes en la facultad de medicina, así como de la socialización con otros profesionales del campo con mayor jerarquía dentro del hospital o la clínica. Aquí es importante insistir en el papel del docente, ya que es un modelo frente a los estudiantes; influye en el proceso de aprendizaje y, por tanto, determina lo que se socializa en la escuela y es clave en el surgimiento del habitus médico.

El habitus médico se ve reforzado por el currículum oculto o “no formal”, definido como el conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera de o están incorporadas al currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados” (Castro, 2014b: 341). En las escuelas de medicina, dicho currículum se presenta a lo largo del proceso pedagógico y está permeado por el MMH, afectando la enseñanza basada en los planes académicos, ya que determina y moldea a los estudiantes alrededor de los ideales de la profesión médica, tomando mayor relevancia en la práctica profesional.

La complejidad del currículum oculto radica en que está en constante contradicción con los currículos oficiales, ya que está integrado por elementos negativos, como la reproducción de la violencia dentro de la propia escuela, así como en las instituciones de salud con compañeros de menor jerarquía o con pacientes, estableciendo relaciones de poder no solo entre médico y paciente, sino entre integrantes del propio campo; a pesar del choque con el currículum formal, tienen un punto de encuentro donde ambos están dirigidos a mantener una jerarquización dentro del campo médico.

Misma relevancia toman las *tecnologías de poder*, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o dominaciones que consisten en una objetivación del sujeto (Foucault, 1990). En el campo médico se observa esto, donde la jerarquización está profundamente marcada y, por lo tanto, el ejercicio de poder sobre quienes se encuentran debajo en dicha jerarquía es constante.

3.2. La violencia vivida durante la formación médica

En la actualidad, los estudiantes de medicina acuden a clases y realizan sus prácticas profesionales bajo un contexto de maltrato y abuso hacia su persona. Un ejemplo de ello son las largas jornadas que deben cubrir como médicos internos, donde si tienen alguna equivocación en su práctica o cuestionan las indicaciones o acciones de sus superiores, se les aplican ciertos castigos, tales como la extensión de horas de trabajo o el aumento en el número de pacientes. Estos aspectos tienen efectos negativos sobre su formación y su práctica, por lo que se habla de una cultura del abuso, vinculada con una violación a la dignidad en los servicios de salud.

Esta cultura del abuso es considerada por los estudiantes de medicina como parte de su formación académica y profesional. La jerarquización impuesta por los profesores en las escuelas de medicina o por los médicos titulares en las instituciones de salud, es vista como natural y por tanto se normaliza el comportamiento violento y de abuso hacia quienes son los aprendices, es decir los médicos internos, que en la jerarquía, no cuentan con la capacidad de opinar, refutar o denunciar cualquier acto violento, si lo hacen, se verán sometidos a una mayor práctica de violencia por parte de sus superiores, quienes los considerarán poco aptos para el ejercicio de la medicina ya que no tienen la capacidad de trabajar bajo un contexto de “presión”.

Ante el temor de sufrir represalias, deciden no cuestionar la violencia recibida y por lo tanto los abusos a los que son sometidos se vuelven una práctica común dentro de la enseñanza, determinando su comportamiento al ingresar a la práctica profesional. Dicho de otro modo, cuando los profesionales de la medicina comienzan a laborar en las instituciones de salud, reproducen la violencia de la que fueron objeto y la dirigen en particular hacia los pacientes; asimismo, una vez que escalan dentro de la jerarquía hospitalaria, someten a médicos de menor nivel, estableciendo una relación de poder. Esta reproducción de la violencia da cuenta del proceso de socialización en su formación académica y por el que adquirieron un habitus médico caracterizado por ser autoritario, clasista y patriarcal.

Recientemente, Castro y Villanueva (2018) identificaron dos tipos de violencia ejercida contra el personal médico (Cuadro 4). La primera es la externa²⁰, que se divide en *legitimada*, siendo aquella ejercida por el propio Estado, por medio de actores de otros campos tales como el jurídico, el político o el científico; y la *no legitimada*, que es aplicada por grupos delictivos.

Por otra parte, se encuentra la violencia interna, siendo la de mayor interés para la investigación. Esta violencia “se ejerce entre actores del propio campo médico, incluyendo personal de salud (estudiantes, médicos, personal de enfermería y de trabajo social, entre otros) y pacientes” (Castro y Villanueva, 2018: 544), expresándose física, sexual, psicológica y simbólicamente.

La violencia interna también cuenta con dos subcategorías. La primera es la *hegemónica*, entendida como la violencia ejercida dentro del mismo campo médico y que encuentra su origen en la jerarquización. Es incuestionable y se reconoce como parte de la vida de los profesionales de la salud, por lo que se vuelve parte del *habitus* y se normaliza en específico durante la formación académica.

Asimismo, se encuentra la violencia interna *contrahegemónica*²¹, ejercida por “actores subalternos contra los de mayor jerarquía, siempre dentro del campo médico. Incluye, por ejemplo, actos violentos de personal de enfermería hacia médicos o de internos a residentes” (Castro y Villanueva, 2018: 551).

Cuadro 4. Tipos de violencia ejercida contra personal de salud.

Violencia en la práctica médica			
Externa		Interna	
Legitimada	No legitimada	Hegemónica	Contrahegemónica

Fuente: elaboración propia con base en información de Castro y Villanueva (2018).

²⁰ Se ejerce “contra actores del campo médico por agentes externos a dicho campo, bien porque su ‘externalidad’ esté dada por su determinación de no jugar con las reglas imperantes, o bien porque pertenecen a otros campos y operen con las reglas de su gremio” (Castro y Villanueva, 2018: 544).

²¹ Sin embargo, no es común la violencia *contrahegemónica* por parte de miembro del campo médico, ya que dentro de su socialización normalizaron que deben ser capaces de resistir regaños, malos tratos y violencia de sus superiores, y que es en función de mantener un orden médico e institucional.

Esta violencia tiene un alcance explicativo del habitus autoritario y del poder que ejerce el personal médico sobre el paciente, particularmente sobre quien es más vulnerable debido a una condición sociocultural o económica.

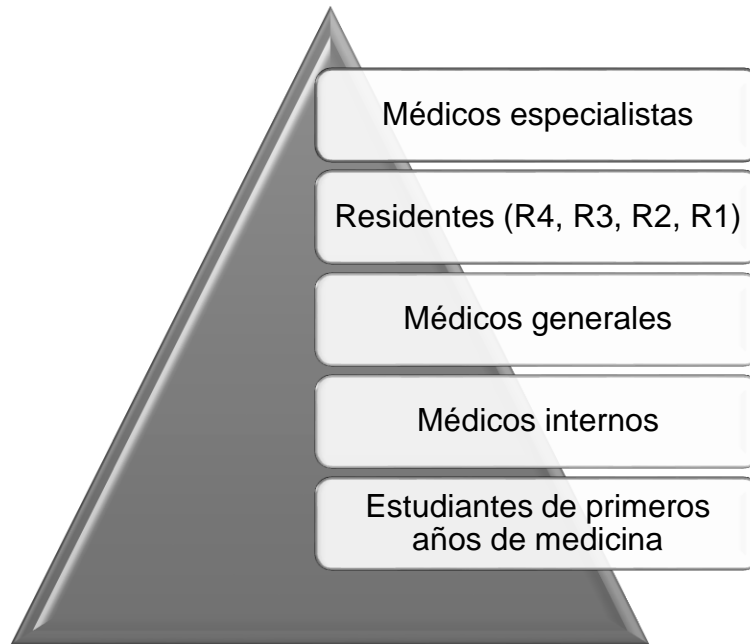
Dentro de la jerarquización, el paciente aparece como el eslabón más vulnerable, justo por la condición de no pertenecer al campo médico y no contar con un discurso científico que le permita interactuar con el profesional de la medicina y establecer una relación horizontal. A pesar de no ser integrante del campo médico, existen momentos en que ejerce violencia contra el personal médico, pudiendo ser catalogada como *contrahegemónica* (paciente-médico)²². Sin embargo, suele ser una reacción ante los malos tratos y el comportamiento que el personal tiene hacia él, por lo que la violencia que el paciente recibe por parte del profesional de la medicina será aún mayor, ya que el gremio médico deberá demostrar el poder que ostenta y reestablecer la relación asimétrica dada en un principio.

Ahora bien, de quienes integran el campo médico (figura 3), son los estudiantes que están en los primeros años de formación, los que menor jerarquía tienen, sufriendo violencia por parte de sus profesores, ya que aún no son parte de la práctica profesional. Posteriormente se encuentran los médicos internos, quienes al estar en el último año de la carrera ya se encuentran dentro de alguna institución del sector salud realizando su práctica profesional; seguido de los médicos generales, que son objeto de violencia por parte de los médicos que realizan alguna especialidad.

Existe un hecho relevante respecto a los residentes: si bien todos son estudiantes de especialidad, la jerarquía entre ellos depende del año que estén cursando, es decir, un R4 es quien está por concluir y se encuentra por encima del R3, R2 y R1. Por su parte el R3 se encuentra subordinado a las órdenes del R4, pero ordena al R2 y R1. Todos están debajo del médico especialista, que tiene un puesto privilegiado dentro de la jerarquía; los residentes actuarán conforme a lo que el especialista dicte.

²² Tampoco se presenta de manera importante, ya que los pacientes, en particular aquellos en estado de vulnerabilidad por el establecimiento de una relación vertical con el personal médico, son conscientes que, si ejercen violencia *contrahegemónica*, serán víctimas de mayor abuso, por lo que asumen un papel de subordinación ante las indicaciones médicas.

Figura 3. Jerarquización dentro del campo médico.



Fuente: elaboración propia.

Dentro de la estructura profesional de la medicina, también existe una jerarquización horizontal, ya que no todas las especialidades son valoradas de la misma forma. Dependen tanto de la valoración social como de la valoración del gremio, donde algunas son más “respetables”, tales como neurología y cardiología, en comparación con especialidades como medicina familiar, epidemiología y ortopedia que tienen menor prestigio (Castro y Villanueva, 2019), por lo que quienes estudian las primeras especialidades mencionadas tienen mayor estatus y una posición privilegiada dentro de la estructura médica.

Es indispensable que a todo lo planteado anteriormente se le agregue una dimensión de género, con el objetivo de explorar el maltrato y la desigualdad basada en dicha categoría. Mucha de la violencia generada durante la formación médica, se encuentra dirigida a las mujeres, que luchan por abrirse paso en un campo monopolizado por los hombres, que ejercen poder y las subordinan, ya que, a su criterio, no deben estudiar medicina que es un campo masculino.

Las mujeres que se atreven a romper con este paradigma, enfrentan diversas expresiones de discriminación y violencia, autorizadas dentro de las escuelas y facultades de medicina, con las que se busca “ponerlas en su lugar” e imponerles límites que no deben ser traspasados. Dicho de otro modo, es en la facultad donde se da inicio al ordenamiento y a las jerarquías de género (Castro, 2014b), siendo un reflejo de la sociedad actual, donde las mujeres se encuentran relegadas al espacio doméstico y sin oportunidad de pertenecer al ámbito académico/profesional. Esta violencia se ve maximizada durante las residencias y especialidades médicas, donde incluso el acoso sexual está presente ya que la incursión de la mujer en ciertas especialidades no es bien vista por el campo médico, por lo que puede hablarse de desigualdad y violencia de género en la formación académica y profesional.

Esto es muy importante porque las mujeres dedicadas a la medicina, también reproducen la violencia incluso sobre otras mujeres, como se observa en el área de obstetricia, ya que la violencia sufrida “en su formación es el origen de un estilo profesional autoritario” (Castro, 2014b: 341), del hábitus que adquieren en su trayectoria escolar y que se refuerza en la práctica profesional.

No es la pertenencia al género lo que determina si las personas ejercen violencia, sino la pertenencia al gremio médico, que está en constante lucha por la legitimación de su campo y pretende lograrla a través de cualquier medio, sin importar las repercusiones sobre la salud de la población usuaria.

3.3. La ética como componente en la profesión médica

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del siglo XX, algunos temas emergentes como los derechos humanos, el medio ambiente y la ética comenzaron a posicionarse dentro de los programas educativos de la carrera de medicina y de otras áreas de las ciencias sociales, con el objetivo de afrontar y empatar con las políticas sociales establecidas.

Particularmente, la ética profesional se estableció por medio de materias específicas en los planes de estudios o de manera transversal en los currículos (Pérez, 2015). En la actualidad es fundamental y debe ser considerada dentro de la formación de

los profesionales de la medicina, ya que las instituciones educativas tienen un compromiso social y su trabajo no puede limitarse al desarrollo de habilidades técnicas ni a la transmisión de conocimientos científicos; deben incluir aspectos éticos, culturales, humanísticos y sociales, que permitan la consolidación del profesionalismo médico (Morales, 2009). Sin estos elementos se estará en riesgo de seguir con la visión biologicista y se tendrá al mercado como principal regulador en la enseñanza-aprendizaje de los futuros profesionales de la medicina, que recibirán educación que se adecúe a las necesidades de éste y no a las de la sociedad.

De acuerdo a Wojtczak (2006), las instituciones encargadas de formar a los profesionales de la salud tienen que concienciar a los estudiantes sobre la existencia de conflictos entre las obligaciones tradicionales y los imperativos del mercado, con el objetivo de que puedan defender sus valores profesionales ante un sistema fundamentado en la mercantilización de la salud, que provoca una despersonalización de los pacientes, viéndolos como simples modelos anatómicos sin construcción cultural, que deben ser atendidos por medio de recursos tecnológicos y medicalizadores. Es aquí donde, siguiendo el planteamiento de Freidson (2001), el profesionalismo acompañado de la ética como una forma de organización social, representa una lógica frente al mercado, buscando el respeto a la dignidad, a la igualdad y a los derechos humanos para el logro de una justicia social, donde sea la sociedad quien se beneficie de la práctica médica.

Es importante que los médicos mantengan el profesionalismo, ya que una vez enrolados en su práctica profesional, se ven afectados por la mercantilización de la salud, la competitividad desmedida del sector, así como por el mantenimiento de intereses y beneficios de las instituciones de salud.

El profesionalismo médico, que debe construirse desde las instituciones educativas, encuentra sustento en tres principios fundamentales: el bienestar del paciente sobre cualquier otro interés, ya sea del médico o de la institución; la autonomía del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su estado de salud, donde el establecimiento de una relación médico-paciente adecuada es determinante; y la obligación del médico de garantizar la aplicación de criterios de justicia social

(Morales, 2009), que proporcionará las bases para afrontar las responsabilidades del quehacer médico. Esto debe adquirirlo el profesional de la medicina, por medio de la socialización durante la formación académica y en el ejercicio profesional.

Si bien esto es fundamental, en la medicina científica dichos criterios no se cumplen, en particular la autonomía del paciente, dada la relación asimétrica con el médico, que subordina su discurso ante el saber científico. Por esto, se considera que la formación de los salubristas, en lo general responde a las necesidades del propio sistema dominante (Granda, 2000), ya que es un agente del Estado.

Dentro de la atención médica, es importante que se desarrolle una adecuada relación entre el profesional de la medicina y el paciente, dada a través de la comunicación. Sin embargo, en la práctica ésta tiene como características la poca afectividad, el desapego y una marcada jerarquización, que deterioran el proceso de atención y son atribuibles a la visión biologicista que impera en los programas educativos y a la insuficiente formación ético-profesional. La comunicación está dirigida a los aspectos informativos y no como una función afectiva.

Cada gremio ha tenido la capacidad de construir sus códigos de ética, siendo el médico uno de los más importantes y trascendentales para la sociedad. En éstos “queda reflejada la visión que sus miembros tienen sobre su propia práctica y que se concreta en pautas de acción específicas a través de las normas, criterios y sanciones contenidos en los códigos” (Pérez, 2015: 96), otorgando a la profesión un sentido de servir a la sociedad y no dirigir su actuar hacia beneficios personales o priorizar la satisfacción económica. Sin embargo, la existencia de dicho código no ha garantizado que la práctica médica se apegue a lo establecido, debido, entre otras cosas, a la ya mencionada mercantilización de la salud, donde el objetivo principal de los integrantes del campo médico es el beneficio económico por encima de la necesidad social, por lo que no se ha eliminado la brecha entre las metas profesionales que el campo médico debe establecer y los medios utilizados para alcanzarlas. Aunado al ya mencionado currículo oculto, que está dirigido a establecer una jerarquización dentro del campo.

Si bien, en la medicina existe autonomía en el ejercicio profesional, que permite al médico llevar a cabo las acciones que mejor considere para mantener o mejorar el bienestar del paciente, está limitada por los códigos éticos que el campo le confiere, que en teoría deben ser respetados para poder otorgar atención de calidad.

Por todo lo anterior, surge el cuestionamiento de ¿por qué los profesionales de la medicina no priorizan la ética dentro de sus quehaceres?, una explicación importante es que a pesar de que se comenzó a introducir el tema de la ética profesional en las escuelas de medicina, no es prioridad para los estudiantes que en su trayectoria académica siguen recibiendo una formación disciplinaria, tal como lo muestra el estudio realizado por Pérez (2015) en México, que tuvo como objetivo analizar la importancia de los componentes ligados a la ética profesional. De diez instituciones de educación superior participantes, únicamente los estudiantes de tres universidades ven como prioridad el tema de la ética; el resto afirma que son más importantes las competencias técnicas. Dicho de otra manera, el conocimiento científico, la preparación y competencia profesional, así como la innovación y las competencias técnicas tienen mayor relevancia, dejando de lado cuestiones relacionadas con la responsabilidad, honestidad, los valores profesionales, así como la importancia que tiene la medicina en la sociedad.

Por esto, es fundamental que la ética y el profesionalismo médico sean abordados, de acuerdo con Talbott y Mallot (2006), durante la formación académica, tanto en el nivel de pregrado como de posgrado, para consolidar los valores que los sustentan. Deben ser temas centrales, ya que permitirán a los profesionales de la salud tener habilidades para reflexionar críticamente sobre cómo están llevando a cabo su quehacer médico; además deberán recibir una enseñanza relacionada con elementos socioculturales y no limitarla a una visión terapéutica. La ética profesional es fundamental si se quiere erradicar la violencia que los profesionales de la medicina ejercen contra las mujeres en sus procesos sexuales y reproductivos.

3.4. Propósito de la investigación

Con base en los fundamentos teóricos planteados en los tres primeros capítulos y dada la complejidad de la violencia obstétrica en México, particularmente en una entidad como Oaxaca con un sistema de salud con importantes fallas y con una población apegada a sus usos y costumbres, se plantea la siguiente pregunta:

- ¿Por qué los profesionales de la medicina ejercen violencia obstétrica?

Mientras que el propósito general de la investigación es analizar y dar cuenta del proceso y las condiciones que llevan a los profesionales de la medicina que laboran en el estado de Oaxaca a adquirir un habitus autoritario y establecer una relación de poder y dominación sobre la mujer gestante.

Por su parte, los objetivos específicos son los siguientes:

- Analizar el significado de atención en salud reproductiva para los profesionales de la medicina.
- Conocer los significados de violencia obstétrica para los profesionales de la medicina.
- Identificar las formas en que los profesionales de la medicina ejercen violencia obstétrica sobre las mujeres oaxaqueñas.
- Caracterizar la relación de dominación dada entre el personal médico y las mujeres, en el espacio de atención ginecobstétrica.

La búsqueda de estos objetivos, tiene como fin último mejorar los espacios de salud materna, donde las mujeres vivan sus procesos reproductivos libres de violencia.

Por ser de interés para esta investigación, en el capítulo subsecuente se presenta el contexto histórico-político, sociodemográfico y de salud del estado de Oaxaca, dado que el trabajo de campo está enclavado en dicha entidad.

CAPÍTULO 4. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD EN OAXACA

En el presente capítulo se abordan las características económicas, educativas y de salud de la población oaxaqueña, así como la situación demográfica tanto del estado en general, como de los tres municipios donde se ubican las instituciones de salud en las que se realizó la investigación, con el propósito de evidenciar los problemas que enfrenta la población y comprender el terreno en que se enclava el estudio.

4.1. La conformación histórico-política y social de Oaxaca

Oaxaca se encuentra dividido por 570 municipios, 30 distritos y 8 regiones (Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Papaloapan, Sierra Norte, Sierra Sur y Valles Centrales). Del total de municipios, solo 25% elige a sus autoridades por medio de elecciones de partidos políticos, mientras que el resto las elige por normatividad interna, teniendo una fuerte influencia de los usos y costumbres en la entidad.

En la actualidad el estado es gobernado por el Partido Revolucionario Institucional. Cabe destacar que únicamente en el periodo 2010-2016 la oposición gobernó en Oaxaca, por lo que se puede hablar de un sistema de partido hegemónico, ya que incluso en el Congreso Local, más de una tercera parte de los diputados (38%) pertenece al partido del gobernador. Esto origina que el gobierno local no tenga un contrapeso en la toma de decisiones referentes a las políticas públicas, tanto del sector económico como del social-cultural.

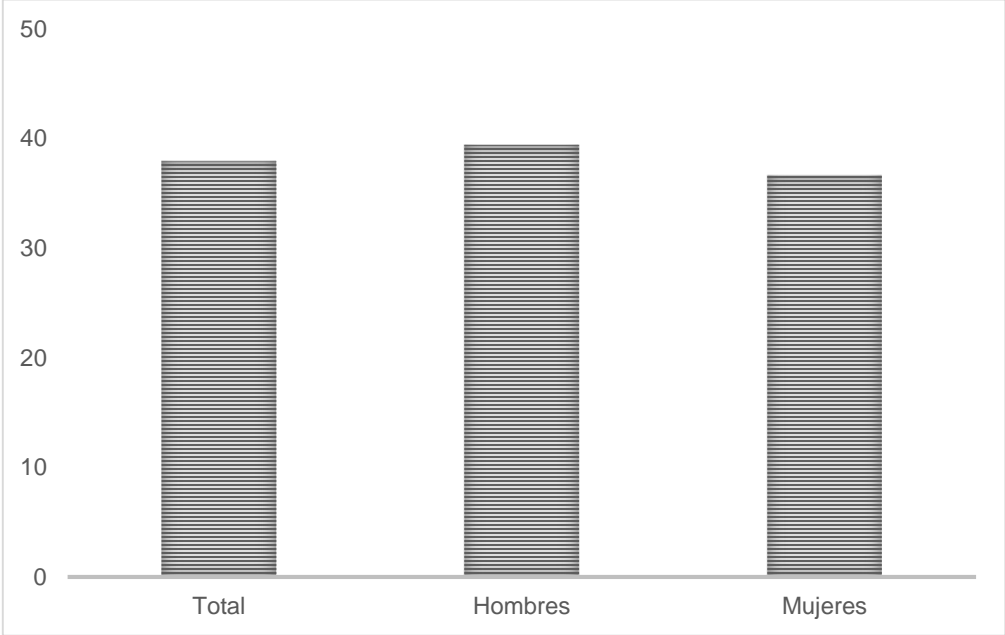
Oaxaca es de las entidades con mayor número de organizaciones políticas y sociales, muchas de estas luchan y defienden los intereses de algunos sectores particulares, tales como el campesino y el indígena, quienes intentan no solo mantener sus formas de gobierno tradicionales, sino también luchan por abatir su situación de pobreza; ya sea por medio de apoyos o con la implementación de proyectos productivos, no obstante, el partido dominante “ha ejercido históricamente un dominio y control sobre las organizaciones –campesinas, por ejemplo–, estableciendo lazos corporativos y clientelares; predominando una relación de dependencia mutua en la que, por un lado, las organizaciones han dependido de la relación con el partido para obtener los recursos del Gobierno y, por otro, el partido

requiere de las bases locales como apoyo electoral” (Audelo, 2007: 59), provocando que éstas no cuenten con capacidad real para formular e implementar proyectos que les permitan salir de la situación de marginación y vulnerabilidad en la que viven.

Muestra de lo anterior es que históricamente, Oaxaca se ha caracterizado por ser de los estados con mayor rezago económico, político y social del país. En 2015, fue una de las cuatro entidades que registraron grado muy alto de rezago social²³, ubicándose en primer lugar, seguido por Guerrero, Chiapas y Veracruz (CONEVAL, 2015), situación que se refleja en las carencias presentes en su población.

En el sector educativo, poco más de la mitad de las personas de 15 años y más que habitan en Oaxaca, cuentan con educación básica incompleta (51.4%). En el gráfico 7 se observa que del total de la población de entre 15 y 24 años de edad, solo 37.9% asiste a la escuela; 39.4% de los hombres y 36.9% de las mujeres.

Gráfico 7. Población de 15 a 24 años que asiste a la escuela, por sexo, 2015.



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

²³ El Índice de Rezago Social es una medida ponderada que resume cuatro indicadores de carencias sociales (educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda) en un solo índice, que tiene como finalidad ordenar a las unidades de observación según sus carencias sociales.

Dicho en otras palabras, menos de la mitad de la población cuenta con posibilidad de estudiar un nivel medio superior o superior. Esto es resultado principalmente de la falta de recursos económicos en las familias, lo que limita que la juventud siga estudiando y se vea obligada a ingresar al sector laboral -en precarias condiciones- a temprana edad para así aportar económicamente al hogar; otros factores del rezago educativo en la entidad son las condiciones de las escuelas, así como la distancia que recorren los alumnos que viven en comunidades de la sierra, para asistir a clases, provocando que abandonen sus estudios.

Asimismo, el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 7.5 años, equivalente a poco más del primer año de secundaria concluido, en tanto 13% de su población es analfabeta, situaciones que acrecientan y perpetúan las desventajas sociales y económicas a las que están sujetos.

Las políticas encaminadas a mejorar la educación en la región han sido fallidas, ya que se ha buscado dar un salto importante, tecnológicamente hablando, cuando un gran número de municipios no cuenta con servicios básicos, tales como agua o electricidad; aunado al recorte, a la represión y a la constante amenaza que sufre el personal docente por parte del gobierno de la entidad.

Respecto a las características económicas de los oaxaqueños, en 2015 la tasa de participación económica de la población de 12 años y más era de 42.2%, siendo significativamente menor la participación de las mujeres (25.2%) en el mercado laboral, en comparación con los hombres (61.6%). Esto es reflejo del modelo patriarcal bajo el que aún se vive en la entidad, donde las mujeres son relegadas y limitadas a los quehaceres domésticos y a la crianza de los hijos.

Entre la población asalariada en este grupo de edad, sólo 44.9% recibe prestaciones laborales (INEGI, 2015), lo que demuestra la precariedad laboral en la entidad, provocando a su vez la limitación en el acceso a los servicios de salud, debido a que las personas no cuentan con un empleo que les permita ser derechohabientes de alguna institución de seguridad social, ni tampoco cuentan con recursos económicos para acceder al sector privado.

Las carencias sociales y económicas que sufre la población oaxaqueña, provocan que la situación de pobreza vivida en la entidad sea de suma complejidad. Del total de la población, en el año 2016, 70.4% vivía bajo dicha condición, es decir, cerca de 2.9 millones de personas en el estado presentaron al menos una carencia social y no tenían un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades, de éstas poco más de un millón se encontraban en pobreza extrema²⁴ (CONEVAL, 2016). Esto a pesar de la existencia de once programas sociales implementados por el gobierno estatal, así como de la presencia de nueve programas federales que estaban a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social del gobierno anterior (2012-2018), tales como *Prospera*²⁵, donde en el año 2017 se invirtieron cerca de 13 mil millones de pesos. De igual forma hay una fuerte presencia del Seguro Popular.

De acuerdo con el gobierno de Oaxaca, la existencia de estos programas ha disminuido los rezagos sociales y económicos, como consecuencia de ello, la pobreza. Esta situación es distinta, donde más de la mitad de su población sigue viviendo bajo condiciones de desigualdad y marginación, ya que el Seguro Popular es un ente financiador que no otorga seguridad social y por tanto no mejora la calidad de vida de sus afiliados. A lo largo de los años, el Estado ha sido una máquina de reproducción de la pobreza, bajo el esquema de programas sociales asistencialistas que provocan un recrudescimiento de dicha situación y no permiten que las nuevas generaciones salgan del umbral, ya que son programas paliativos y no buscan erradicar el problema.

4.2. Y las condiciones del sector salud, ¿cómo se encuentran?

La salud es uno de los componentes básicos en las condiciones de bienestar de la población, no obstante, en Oaxaca pese a las múltiples acciones encaminadas a otorgar servicios de salud, falta mucho para alcanzar la cobertura universal, ya que el Seguro Popular cuenta con un limitado catálogo de servicios.

²⁴ Una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando presenta tres o más carencias sociales y no tiene ingreso suficiente para adquirir una canasta alimentaria (CONEVAL, 2016).

²⁵ Tiene como objetivo lograr el cumplimiento de los derechos sociales, por medio de la potenciación de capacidades de las personas que se encuentran en situación de pobreza, apoyándolas en componentes como la salud, alimentación y educación. Sin embargo, no ha logrado su objetivo ya que las acciones han estado encaminadas a sobrellevar las carencias y no atacarlas desde su origen.

En 2015, el Seguro Popular²⁶ y el Seguro Médico para una Nueva Generación cubrían a más de tres cuartas partes de la población afiliada a una institución de salud (78.3%) -segunda entidad con mayor porcentaje de población bajo este régimen, solo por debajo de Chiapas-, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba con 14.6% de afiliados –tercera entidad con menor porcentaje de población afiliada a esta institución, reafirmando así las carencias en el sector laboral-; 7% de las personas declaró estar afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); en tanto el resto de las instituciones cubren en conjunto a 2.8% de la población. Por su parte, 16.9% de los oaxaqueños no cuentan con ningún tipo de servicio de salud (INEGI, 2015).

El hecho de que ocho de cada diez oaxaqueños se encuentren afiliados al Seguro Popular es reflejo de la precariedad laboral, que no permite a las personas tener seguridad social, que, si bien suele ser deficiente, es una opción a las necesidades de la población, además de contemplar derechos que van más allá de la salud, tales como una pensión.

Históricamente, el sector en la entidad se ha visto afectado por las decisiones tomadas tanto por los gobiernos estatales como federales, por lo que, el contexto en salud bajo el que se vive en Oaxaca es sumamente complejo. En la última década, se han llevado a cabo distintas manifestaciones por parte del personal que labora en la Secretaría de Salud, debido al estancamiento del sector, dado principalmente por el incumplimiento en el abasto de medicamento y de equipo adecuado para atender las necesidades de la población, así como por la falta de pago de salarios y prestaciones a las que son acreedores los trabajadores del sistema de salud.

²⁶ El Seguro Popular es una estrategia de afiliación, sin embargo, no garantiza el acceso real a los servicios de salud, particularmente a las mujeres, quienes a pesar de estar afiliadas a dicho programa siguen sufriendo para tener atención en el embarazo y el parto. “Se presenta como un subsidio a la atención ‘médica’ de las familias, cuando en rigor apenas oferta un rudimentario paquete de medidas preventivas mal diseñadas e impuestas desde el centro a las entidades federativas.” (Leal, 2013: 3). Con esto, el gobierno federal buscaba la universalización de los servicios de salud, sin embargo, no se logra con el esquema de aseguramiento propuesto por el Seguro Popular -debido a que existe una afiliación focalizada, estigmatizante y discriminatoria en la población-, sino con verdadera atención médica. En resumen, el Seguro Popular es un parche a las verdaderas necesidades en salud de la población mexicana.

Muestra de lo anterior es que, recientemente, el hospital general “Dr. Aurelio Valdivieso”, el más importante en la entidad, estuvo en paro de labores, debido al desabasto de medicamento y de equipo médico requerido por el personal, así como de uniformes para los médicos internos (Cruz, 2019). De igual forma médicos de distintas regiones en la entidad, tales como la Mixteca e Istmo se encuentran en constante paro de labores debido a la falta de recursos, sin que el problema sea atendido por las autoridades estatales, dejando a la población sin servicio.

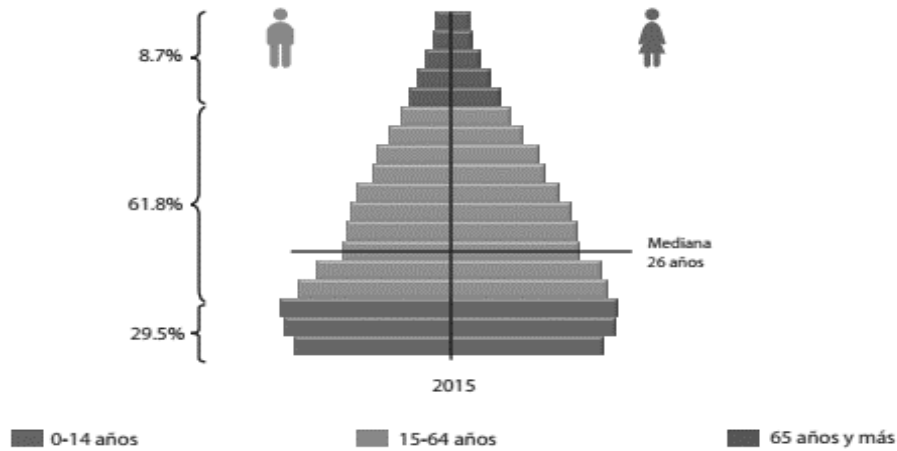
Con relación a los recursos económicos, la federación aportó a los servicios de salud, durante el año 2016, 3,570 millones de pesos, mientras que para 2017 hubo un incremento de 352.5 millones de pesos (CEFP, 2017), sin embargo, de poco sirve si los recursos son desviados o se utilizan inadecuadamente. Además, el incremento en el presupuesto social no encuentra una correlación con la mejora en las condiciones socioeconómicas de la población, muestra de ello es que existen, como se mencionó, diversos programas sociales que no han logrado combatir la pobreza, sino que tienen una función paliativa y provocan el recrudecimiento de la misma.

4.3. Contexto demográfico oaxaqueño

De acuerdo a la Encuesta Intercensal llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2015, el estado de Oaxaca cuenta con una población total de 3,976,297 personas, 52.4% son mujeres y 47.6% son hombres.

Como se observa en el gráfico 8, la población oaxaqueña es mayormente joven con una edad mediana de 26 años. El grupo etario más grueso es el que comprende de los 10 a los 14 años, seguido del de 5 a 9 años, esto para ambos sexos. Otro grupo de edad importante es el de 15 a 19 años -grupo etario en el que la mayoría de las mujeres comienzan su vida sexual y reproductiva-, lo que permite observar otro dato relevante: poco más de la mitad de las mujeres en la entidad (50.6%) se encuentran en edad reproductiva (15 a 49 años de edad), por lo que en las políticas sociales se debe fortalecer la salud sexual y reproductiva.

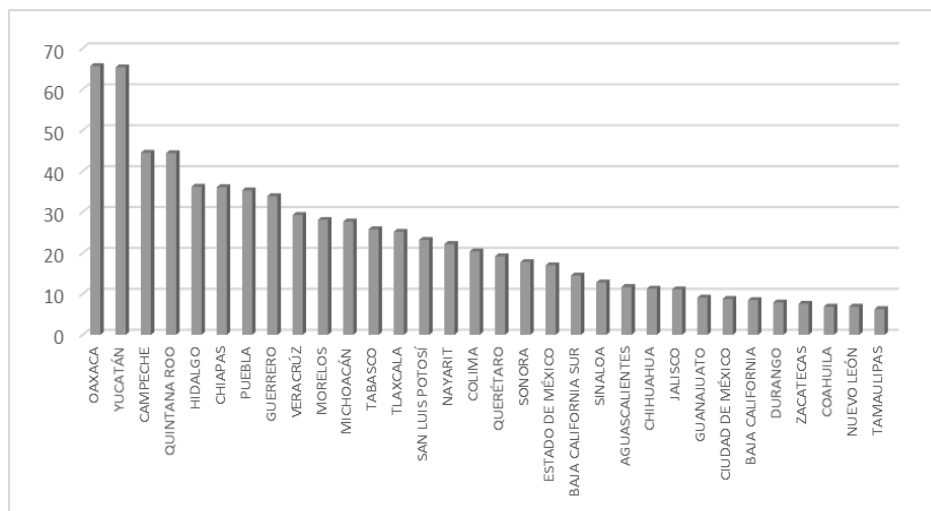
Gráfico 8. Pirámide poblacional del estado de Oaxaca, por sexo, 2015.



Fuente: Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

Dado que esta investigación está enfocada a la salud reproductiva, es importante tener el contexto de la fecundidad en Oaxaca. Si bien en la entidad ha disminuido la tasa global de fecundidad (TGF)²⁷, sigue por encima del remplazo generacional equivalente a una TGF de 2, y de la tasa nacional ubicada en 2.2, ya que la TGF del estado es de 2.4, ocupando el noveno lugar más alto entre las 32 entidades.

Gráfico 9. Población autoadscrita como indígena, por entidad federativa, 2015.



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

²⁷ Entendida como el número promedio de hijos que tendría una mujer durante su vida reproductiva, comprendida entre los 15 y 49 años de edad (CONAPO, 2014).

Ahora bien, Oaxaca es la entidad donde mayor porcentaje (65.7%) de personas se autoadscriben como indígenas (gráfico 9). Asimismo, 32.1% de la población mayor de 3 años habla alguna lengua indígena, ocupando el primer lugar en este rubro.

4.3.1. Análisis sociodemográfico de los municipios donde se realizó el estudio

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 realizado por el INEGI, en el municipio de San Pedro Mixtepec, ubicado en la región 2 *Costa*, habitan 42,860 personas, 51.4% mujeres y 48.6% hombres. Respecto a la situación de salud, del total de la población, 63.7% está afiliada a una institución de seguridad social, siendo el Seguro Popular²⁸ el que tiene mayor población registrada (66.2%), seguido del IMSS con 18.3%, mientras que solo 13.4% de la población es derechohabiente del ISSSTE. El resto de las personas afiliadas están en instituciones privadas, así como en PEMEX, SEDENA y SEMAR; mientras que 36.3% no cuenta con servicio médico o afiliación a una institución de seguridad social. El hecho de que más de la mitad de los habitantes del municipio se encuentren bajo el régimen de salud del Seguro Popular, encuentra explicación en que están insertos en el sector laboral informal.

Por otra parte, el municipio de Oaxaca de Juárez tiene una población total de 263,357 personas; 53.5% mujeres y 46.5% hombres. Es importante mencionar que, en ambos casos, el grupo etario con mayor población es el de 20 a 24 años, representando 9.8% y 9.9% de su población total respectivamente. En temas de salud, de acuerdo al INEGI (2010), 62.2% de los habitantes del municipio están afiliados o son derechohabientes a alguna institución, mientras que 35.4% no cuentan con ningún servicio de salud, ya sea público o privado; el porcentaje restante no especificó su situación. El escenario es distinto en comparación con San Pedro Mixtepec, ya que en Oaxaca de Juárez cerca de la mitad de la población afiliada a alguna institución es derechohabiente del IMSS (46.4%) y 20.2% del ISSSTE, lo cual puede encontrar explicación en que al ser la capital del estado, existe una centralización del aparato gubernamental, siendo más amplio en comparación con la región de la *Costa*, esto se traduce a que un porcentaje importante de los empleos son formales; por su parte 31.4% de la población está afiliada al Seguro Popular.

²⁸ De nuevo se cuestiona que el Seguro Popular sea catalogado como institución de seguridad social.

En el municipio de San Jacinto Amilpas habitan 13,860 personas, donde la situación es similar respecto a la razón mujer-hombre, ya que 52.5% de la población total son mujeres y 47.5% hombres. El grupo etario más amplio es el de 20 a 24 años, donde se concentran 9.4% de los habitantes.

Del total de la población, 65.3% cuenta con algún servicio de salud o es derechohabiente a una institución de seguridad social; 46.1% se encuentra afiliada al IMSS, 25.6% al Seguro Popular y 21.4% al ISSSTE. La situación es similar a la de Oaxaca de Juárez, donde un porcentaje importante de la población que sí cuenta con algún tipo de servicio de salud está afiliada a instituciones de seguridad social como el ISSSTE o el IMSS, contrario a lo observado en San Pedro Mixtepec, donde 66.2% de las personas afiliadas, está bajo el régimen del Seguro Popular.

Un dato que vale la pena resaltar es que, en los tres municipios, un porcentaje elevado de la población no cuenta con servicios de salud, lo que permite cuestionar nuevamente si es la estrategia del Seguro Popular la solución para mejorar la cobertura y calidad en el sector, y así disminuir la desigualdad social en la entidad.

CAPÍTULO 5. DISEÑO METODOLÓGICO

En el estado de Oaxaca, el escenario de violencia contra las mujeres en sus procesos reproductivos es crítico; 31.1% de las mujeres que tuvieron un parto entre los años 2011 y 2016 reportaron haber sido víctimas de violencia obstétrica (INEGI, 2016), originada por la expropiación de la vida reproductiva y el establecimiento de una relación de poder por los profesionales de la medicina, situación que se agrava por las condiciones socioeconómicas y geográficas de la entidad, lo que nos obliga a analizar la problemática vivida en el estado, rompiendo el paradigma de estudiarla como un problema gerencial derivado de las fallas en la asignación de recursos.

Se decidió trabajar con personal médico de la entidad para conocer sus significados respecto a la atención de los procesos reproductivos, así como de la violencia obstétrica, en búsqueda de mejorar la salud materna.

5.1. Características y servicios brindados en las instituciones participantes

En este apartado se abordan las condiciones actuales de las tres instituciones participantes, se destacan los recursos humanos y materiales con los que cuentan, así como las dificultades que cada sede ha enfrentado recientemente.

5.1.1. Hospital General de Puerto Escondido

El Hospital General de Puerto Escondido se encuentra en el municipio de San Pedro Mixtepec. Es un hospital de segundo nivel²⁹ con 30 camas; se caracteriza por atender a población de diversas comunidades pertenecientes a la región 02 *Costa*. Por plantilla y estructura cuenta con cinco especialidades básicas: cirugía general, traumatología y ortopedia, ginecología y obstetricia, medicina interna, así como anestesiología. No cuenta con servicio de consulta general que corresponde al primer nivel de atención, es decir, este hospital es de carácter resolutivo, dirigido a las especialidades mencionadas. Sin embargo, otorga atención prenatal a mujeres con embarazo de alto riesgo o que presentan alguna patología previa.

²⁹ El segundo nivel de atención en Oaxaca está integrado por 19 hospitales comunitarios, 9 hospitales generales de 30 camas, 4 de 60 camas y 1 de 180 camas (Hospital Dr. Aurelio Valdivieso).

En el caso específico de ginecología y obstetricia, no cuenta con plantilla completa. A pesar de ser una especialidad con alta demanda en la región, sólo tienen contratados dos ginecólogos que no cubren todos los horarios. Ante la ausencia del especialista, es un médico general quien atiende, pero por formación, no tiene el conocimiento especializado necesario para dar seguimiento. El área física de tococirugía cuenta con máquina de anestesia y plancha para colocar a las pacientes; tiene cinco camas y dos para puerperio, normativamente está completa y funciona en su totalidad.

Dentro de la estructura del hospital, existen servicios adicionales como rayos x, ultrasonido y laboratorio. También tiene servicio de odontología, psicología, nutrición y cocina, que operan con normalidad. Asimismo, tiene área de trabajo social, que lleva a cabo diversas funciones: identifica y vigila aquellas referencias no resolutivas; gestiona el traslado de pacientes que por su condición requieran atención en un hospital de tercer nivel u otro hospital general con mayor infraestructura.

Cuenta con banco de sangre, elemento del que carecen instituciones de primer nivel. Tiene un área de terapia física, no obstante, no funciona, por lo que es un espacio desperdiciado en el hospital; una de las causas por las que no opera es por falta de personal. Respecto a medicina interna, se cuenta con un médico internista quien trabaja de lunes a viernes por la mañana, lo cual complica la situación del hospital durante las noches y fines de semana en caso de requerir dicha especialidad.

En el año 2016, el hospital sufrió un paro de labores por parte de trabajadores sindicalizados, argumentando la carencia de medicamentos y que el material médico era insuficiente y obsoleto, además de no contar con suficientes especialistas en ginecología y traumatología, ni con personal de enfermería, por lo que demandaron el abastecimiento de recursos y el incremento de plantilla (Símerman, 2016).

Cabe destacar que en el periodo en que se realizó el trabajo de campo, el hospital no contaba con área de cirugía por problemas de excesiva humedad, lo que impedía su funcionamiento. Por ello, el personal adecuaba otras áreas para realizar cirugías de carácter urgente o solicitaban el traslado del paciente a otro hospital. En resumen, en la institución existe limitación de recursos humanos, materiales y de infraestructura.

5.1.2. Centro de Salud de San Juan Chapultepec

El centro de salud está ubicado en el municipio de Oaxaca de Juárez, comenzó operaciones en el año 2004 y está conformado por las áreas médica, de enfermería y administrativa. Actualmente cuenta con 10 médicos distribuidos de la siguiente manera: cuatro en el turno matutino, tres en el turno vespertino, dos que llevan a cabo guardias nocturnas y una médica el fin de semana. Cuenta con nueve enfermeras incluyendo una pasante, esto es insuficiente ya que, para tener los núcleos completos, por cada médico debe haber dos enfermeras, una clínica que lleva la consulta, y una de campo que realiza actividades como vacunación, visitas domiciliarias y contacto con mujeres que no asisten a subsecuentes consultas prenatales. Debido a la falta de personal, cada enfermera realiza ambas funciones.

Por normatividad, el centro de salud es de medicina general y maneja cinco rubros: atención a sanos, a crónico degenerativos, a embarazadas, planificación familiar y atención a otras enfermedades (gripe, diarrea). Asimismo, al ser parte de la Red Obstétrica Metropolitana (ROM)³⁰, se atienden partos y a mujeres en puerperio. Otras unidades de la ROM las referían al centro de salud para el cuidado en el puerperio.

En el mes de julio del año 2017 el personal del centro de salud inició paro de labores, con una duración aproximada de tres meses, periodo en que no se otorgó atención, debido al riesgo que implicaba la amenaza de derrumbes de un cerro que se encuentra detrás de las instalaciones (Altamirano, 2017).

Cuenta con tres consultorios, sin embargo, debido a los derrumbes, algunos espacios dejaron de funcionar. Protección Civil Estatal y Municipal emitieron dos dictámenes que catalogaron al centro de salud como área de alto riesgo de deslave, estableciendo que no podía ocuparse el área lateral ni trasera, quedando funcional solo un consultorio ubicado en el área principal. Ante esto se habilitó desde octubre de 2017 –una vez terminado el paro- un espacio que tenía dos camas para atención del puerperio y hospitalización, para funcionar como consultorio de medicina general.

³⁰ Cuenta con ambulancias para trasladar a las mujeres a Centros de Salud de Servicios Ampliados o al Hospital Civil “Dr. Aurelio Valdivieso”. La ROM ha permitido una mejora en los servicios obstétricos, sin que esto represente la cobertura total en las necesidades de salud reproductiva.

Dadas las limitaciones en la infraestructura, a partir de octubre del año 2017 se dejaron de atender partos y se priorizó la atención a embarazadas (consulta prenatal), atención a urgencias sentidas y vacunación, donde se ha aplicado una política de *cero rechazos*; se tomó la decisión de no continuar con los grupos de embarazadas y lactancia, así como con los de ayuda mutua y de adolescentes. Tampoco se atiende a personas con diabetes ni a menores de 5 años de edad.

Debe mencionarse que, al momento de realizar el trabajo de campo, tanto en el área de almacén como en la de psicología, una roca se encontraba recargada directamente sobre la estructura, donde además constantemente caen piedras que rebotan en el centro de salud y provocan que la lámina se deteriore, representando un riesgo para la población usuaria y para el personal que labora en la institución.

Recientemente el centro de salud fue reinaugurado por las autoridades del estado; se invirtieron 1.8 millones de pesos para su acondicionamiento. Actualmente otorga atención prenatal a 80 embarazadas y de acuerdo con la Secretaría de Salud de Oaxaca, se retomaron los grupos de lactancia materna, estimulación temprana en menores de 5 años, así como el Grupo Adolescentes Promotores en Salud (GASP) y el de ayuda mutua (Ciudadanía Express, 2019).

5.1.3. Centro de Salud de Servicios Ampliados de San Jacinto Amilpas

El CESSA de San Jacinto Amilpas otorga primer nivel de atención. Sin embargo, a diferencia de un centro de salud como el de San Juan Chapultepec, cuenta con servicio de laboratorio, hospitalización y atención odontológica, además tiene área de tococirugía, es decir, está habilitado para atender partos vía vaginal y por cesárea. Ofrece servicio las 24 horas, los siete días de la semana y la plantilla está conformada por más núcleos, es parte de la ROM³¹ y labora un ginecólogo en las instalaciones. En los últimos años, el CESSA ha sido cuestionado respecto a la calidad en la atención que otorga a las mujeres durante sus procesos reproductivos, ya que existen denuncias por negligencia y mala práctica médica.

³¹ Integrada por los CESSA de Tlalixtac de Cabrera y San Francisco Telixtlahuaca, Casas de Salud, Centros de Salud, Unidades Médicas Rurales y el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso".

Como acción para contrarrestar lo anterior, se reinauguró la Casa AME³² en las instalaciones del CESSA, con el objetivo de atender las necesidades de mujeres en condición de parto que residan en localidades ubicadas a más de dos horas del servicio de salud más próximo y requieran atención especializada.

5.2. Criterios de selección

El trabajo de campo fue realizado en el estado de Oaxaca debido a la compleja situación de violencia que viven las mujeres en sus procesos reproductivos; aunado a las facilidades otorgadas por las autoridades para acceder a distintas instituciones.

Para cumplir con el objetivo y los tiempos de la investigación, se realizó el trabajo de campo durante el primer semestre del año 2018; consistió en entrevistar a profesionales de la medicina adscritos a instituciones del sector salud que reunieran dos criterios: el primero es que otorguen atención prenatal; el segundo criterio de selección es que tengan un área destinada a la atención del parto.

Se buscó trabajar en instituciones de diferentes niveles de atención, donde la carga de trabajo fuera distinta. Delimitado el universo de hospitales y centros de salud que cumplieran con los requisitos, el trabajo de campo se realizó solo en las tres instituciones que dieron su autorización: un hospital de segundo nivel y dos centros de salud adscritos a la Secretaría de Salud, uno de ellos con área de tococirugía al ser un CESSA. Si bien el otro es solo centro de salud, reúne los criterios de selección, ya que, al ser parte de la ROM, otorga consulta prenatal y atiende partos vía vaginal. En total se realizaron 17 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera:

Cuadro 5. Entrevistas realizadas por institución, 2018.

Hospital General de Puerto Escondido	6 entrevistas
Centro de Salud de San Juan Chapultepec	7 entrevistas
CESSA de San Jacinto Amilpas	4 entrevistas

Fuente: elaboración propia.

³² Es un espacio físico ubicado cerca de un hospital o Centro de Salud de Servicios Ampliados con capacidad resolutoria que cuenta con camas, baño, cocina y patio.

La primera institución donde se trabajó fue el Hospital General de Puerto Escondido, el acceso se logró gracias a las facilidades otorgadas por la directora del mismo, a quien se le solicitó vía telefónica el apoyo para entrevistar a profesionales de la medicina encargados de la atención prenatal, así como a aquellos que laboran en el área de tococirugía. A principios del mes de mayo, la directora autorizó realizar la investigación, por lo que nos trasladamos a la localidad de Puerto Escondido, ubicada en el municipio de San Pedro Mixtepec, para comenzar el trabajo de campo.

Se entrevistó a seis profesionales de la medicina, con características que se presentan en el cuadro 6; tres son mujeres y tres hombres. Respecto a la escolaridad, todos son médicos generales, excepto uno que cuenta con especialidad en ginecología-obstetricia, realizada en el Hospital Juárez de México; cinco realizaron sus estudios de licenciatura en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) y uno en la Universidad Regional del Sureste (URSE).

Cuadro 6. Características de los profesionales de la medicina entrevistados en las instituciones de salud de Oaxaca, 2018.

Característica Institución	Sexo		Escuela donde realizó sus estudios			Especialidad médica	
	Hombre	Mujer	UABJO	URSE	UAG	Sí	No
Hospital General de Puerto Escondido	3	3	5	1	0	1	5
Centro de Salud de San Juan Chapultepec	2	5	6	1	0	0	7
CESSA de San Jacinto Amilpas	2	2	2	1	1	0	4

Fuente: elaboración propia.

Los participantes siempre mostraron disponibilidad para ser parte de la investigación, sin embargo, un médico inicialmente se negó a ser entrevistado, posteriormente cambió de opinión por lo que se agendó una fecha para su entrevista. Las entrevistas fueron individuales y se realizaron en los consultorios del hospital; la mayoría en el turno matutino y algunas en el nocturno.

Después de dos semanas de realizar trabajo de campo en la costa de Oaxaca, volvimos a la capital del estado para continuar con la gestión de los permisos. Ya ubicados en Oaxaca de Juárez, se entregó un oficio a la Jurisdicción Sanitaria n° 1 *Valles Centrales*, solicitando apoyo para acceder a los centros de salud de la región y entrevistar al personal médico. Transcurridos algunos días, la Jurisdicción Sanitaria únicamente comunicó, vía telefónica, que fuéramos directo a los centros de salud y contactáramos al director o directora responsable para solicitar acceso.

Ante esta situación, nos dirigimos al Centro de Salud de San Juan Chapultepec para entrevistarnos con la directora, quien aceptó la solicitud de ingreso y se reunió con el personal médico para determinar quiénes estaban interesados en participar; siendo así, la segunda institución donde realizamos trabajo de campo.

Durante dos semanas asistimos al centro de salud, entrevistando a siete profesionales de la medicina fuera de su horario laboral para no interceptar sus funciones; dos fueron a las 6:30 de la mañana, dado que era personal del turno nocturno y no contaba con otro horario para participar en la investigación; el resto se realizaron posterior al medio día. Respecto a sus características, en el cuadro 6 observamos que cinco son mujeres y dos hombres. Sobre la escuela de procedencia, seis estudiaron en la UABJO y uno en la URSE; ninguno cuenta con especialidad.

De manera simultánea al trabajo realizado en el Centro de Salud de San Juan Chapultepec, visitamos tres Centros de Salud de Servicios Ampliados, solicitando apoyo para realizar las entrevistas. En el primero se negó el acceso, argumentando que la Jurisdicción Sanitaria no envió oficio, por lo que estaban imposibilitados de otorgar el permiso para trabajar en sus instalaciones. Ante esto, argumentamos que la jurisdicción propuso vía telefónica, acercarnos a los encargados de los centros de salud para solicitar directamente su participación en la investigación, se mostró el oficio que entregamos a la jurisdicción, pero el director insistió en que, sin un documento de respuesta emitido por el titular de ésta no nos permitirían el acceso, debido a que los temas de salud son delicados en la entidad y gran parte del personal es sindicalizado, por lo que quería evitar problemas. Debido a esto optamos por no insistir y buscar apoyo en otras instituciones.

Por su parte, en el segundo CESSA no encontramos al responsable, asistiendo en tres ocasiones sin tener éxito. De igual forma se realizaron llamadas telefónicas tratando de contactarlo, pero no fue posible.

En el tercer CESSA, ubicado en el municipio de San Jacinto Amilpas, nos entrevistamos con el director, comentó que tenía que reunirse con su personal para saber quiénes estaban interesados en participar, por lo que nos instó a regresar posteriormente. Fue en éste donde autorizaron el acceso, sin embargo, la gestión fue tardada, ya que el director nos citó para hablar sobre los temas de la investigación y al acudir, no estaba presente y tuvimos que contactarlo vía telefónica para agendar otra cita. Días después nos comunicó que asistiéramos al centro de salud y presentó al personal médico que aceptó ser parte de la investigación. Se hicieron únicamente cuatro entrevistas; algunos médicos se negaron a participar y otros argumentaron no tener tiempo libre, razón por la que fue poca la participación en este CESSA.

En el cuadro 6 observamos que la mitad de los participantes son hombres y la mitad mujeres. Respecto a la universidad donde realizaron sus estudios de licenciatura, se identifica el único caso de una médica que no egresó de alguna universidad del estado de Oaxaca, se formó en la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG), mientras que dos participantes estudiaron en la UABJO y uno en la URSE.

Del total de entrevistas realizadas en la investigación, diez fueron aplicadas a mujeres y siete a hombres. El único lugar donde hubo diferencia importante en la razón hombre-mujer, fue en el Centro de Salud de San Juan Chapultepec, debido a que la mayoría del personal que labora en la institución son mujeres. Las entrevistas fueron realizadas únicamente por el investigador, tuvieron una duración promedio de 51:23 minutos; la de menor tiempo duró 31:23 minutos y la de mayor 79:04 minutos.

5.3. Instrumento

Dada la naturaleza cualitativa del estudio y con el fin de responder la pregunta y alcanzar los objetivos planteados, se realizaron entrevistas semiestructuradas, instrumento que permite analizar los significados y experiencias de los profesionales de la medicina en los procesos reproductivos y la violencia obstétrica.

Se considera la herramienta con mayor alcance metodológico para esta investigación ya que si bien cuenta con un guion temático (anexo 1), compuesto por cuatro secciones donde se abordan temas relacionados con la atención prenatal y del parto, tiene un carácter flexible que permite a los actores proporcionar información relevante no contemplada en la guía.

La primera sección de la guía está dirigida a la atención del embarazo, se abordan temas como la asistencia de las mujeres a consulta prenatal en los servicios públicos de salud; las pruebas médicas que se realizan; la visión que tiene el personal médico respecto al embarazo, así como la existencia de talleres o pláticas sobre el parto.

En la segunda sección se contemplan temas relacionados con el parto, específicamente sobre el proceso de atención; la relación que establece el profesional de la medicina con la mujer gestante; el uso de la maniobra Kristeller, la aplicación de oxitocina y epidural. También se abordan la posición que toma la mujer para parir y la cesárea innecesaria.

La tercera parte está compuesta por preguntas dirigidas al involucramiento del personal médico durante el puerperio y sobre la lactancia materna. A partir de los temas explorados en los primeros tres apartados, se identifican los procesos de atención, así como los significados de los profesionales de la medicina respecto al embarazo y parto, logrando evidenciar violencia obstétrica en el discurso médico.

Por último, en la cuarta sección se indagan temas específicos como la violencia obstétrica; el papel de la partería en la actualidad; el nacimiento en espacios no hospitalarios, así como la influencia del contexto socioeconómico y cultural de Oaxaca en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Explorar el tema de la partería y su rol dentro de la salud reproductiva en el estado de Oaxaca, nos permite identificar un discurso médico hegemónico, que no da cuenta de la importancia de la atención alternativa, agravando el maltrato hacia las mujeres, que no tienen la libertad de decidir el espacio físico ni a la persona que las atenderá durante el embarazo y el parto, siendo obligadas a entrar en una dinámica de atención clínica-terapéutica, vistas como entes enfermos.

5.3.1. Aspectos éticos

Si bien el personal médico aceptó ser parte de la investigación, previo a cada entrevista se informaron los temas que se abordarían, se solicitó el consentimiento informado verbal para realizar la entrevista y grabar el audio, aclarando que no se daría a conocer su identidad, como un compromiso ético de la investigación. No obstante, surgió como una inquietud entre los participantes. Así mismo, se les hizo saber que, si era su deseo, podían suspender la entrevista en cualquier momento.

Al finalizar cada entrevista, se explicó nuevamente el tema de investigación y se solicitó el consentimiento para el uso de la información, otorgado de manera verbal por todos los participantes, quedando registrado en las grabaciones.

En el caso del Centro de Salud de San Juan Chapultepec, al término del trabajo de campo, la directora solicitó mayor información sobre el tema de investigación; lo cual se resolvió a través de una charla con ella.

5.4. Recopilación y análisis de la información

Se utilizó una grabadora de voz para recopilar la información de las entrevistas. Una vez terminado el trabajo de campo, las escuchamos para corroborar su calidad técnica y metodológica, y como un primer acercamiento a las categorías de interés. Posteriormente se transcribieron utilizando paquetería básica de Office; el siguiente paso del análisis consistió en la lectura repetida de todas las transcripciones y en ella identificamos términos, palabras y planteamientos (categorías discursivas), que por el énfasis que los entrevistados mostraron, se clasificaron como categorías significativas. A partir de esto, se hizo un listado de categorías, codificadas de acuerdo a los tres componentes de violencia obstétrica (cuadro 7), construidos con base en las distintas definiciones planteadas en leyes de países latinoamericanos, así como en la definición propuesta por el GIRE, abordadas en el marco teórico.

En una subsecuente lectura, se identificó el significado que le dan los entrevistados a las categorías discursivas y a la relación entre éstas; asimismo, se estableció cuáles eran los fragmentos de las entrevistas más sobresalientes. Una vez elegidos,

revisamos su semejanza y regularidad entre los entrevistados; diferenciamos los que más similitud mostraron y fueron seleccionados para una lectura final en la que se analizaron desde los referentes teóricos de la investigación.

Dichos referentes teóricos están integrados por categorías explicativas como biopoder, género, escuela, habitus médico, patologización, campo hegemónico y normalización de la violencia. Permiten dar cuenta de la expropiación de los cuerpos de las mujeres y aportan a la explicación de la violencia obstétrica.

Cuadro 7. Clasificación de categorías discursivas, por componente de violencia obstétrica.

Violencia Psicológica	Atención distante/desapegada Cultura reacia Lenguaje infantilizado Mujer ignorante/aprensiva Mujer vista como cooperadora Mujer vista como sujeto de tutela Relación jerárquica Regaños/insultos
Violencia Física	Cesárea innecesaria Maniobra Kristeller Medicalización de procesos reproductivos Posición de litotomía forzada Prohibición de necesidades básicas Tactos vaginales excesivos Uso de oxitocina para inducción del parto
Violencia Institucional	Barrera de lenguaje Condiciones laborales Desigualdad social Falta de acceso a los servicios de salud Falta de recursos humanos y materiales Falta de personal especializado Machismo Sistema de Salud deficiente

Fuente: elaboración propia.

Cabe destacar que surgieron dos categorías no consideradas en el marco teórico ni en la guía de entrevista: *estigmatización de la práctica médica y medicina defensiva*. Son temas relevantes que emergen en el discurso médico y encuentran relación con la normalización de la violencia obstétrica; asimismo, la exploración de estos temas aporta a la comprensión del significado de la práctica médica y de la violencia obstétrica para los profesionales de la medicina.

La categorización planteada permite establecer la presentación de los resultados de investigación. El análisis se basa en seis rubros, el primero es sobre el significado del embarazo y el parto para los profesionales de la medicina, así como de la atención otorgada en los procesos reproductivos. En el segundo apartado se aborda la hegemonía del modelo occidental sobre las prácticas alternativas en salud, es decir, la desacreditación de la partería y del nacimiento en espacios no hospitalarios.

Posteriormente se analizan los elementos de violencia obstétrica identificados en las narrativas, agrupados en los tres componentes retomados del marco teórico. Por último, se aborda la estigmatización de la práctica médica y su uso dentro de un discurso que presenta a los profesionales de la medicina como víctimas no solo de las deficiencias en el Sistema de Salud, sino de la población que no confía en su práctica. De igual forma se aborda el tema de la medicina defensiva y su papel en el recrudecimiento de la violencia obstétrica.

CAPÍTULO 6. LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN OAXACA

Como se planteó en los capítulos anteriores, la violencia obstétrica ha ido ganando terreno en la investigación social debido a la cada vez más complicada situación que se vive respecto al tema. Se considera necesario abordarla desde una visión de la Salud Colectiva, que cuestiona “el paradigma biomédico por su limitada capacidad para comprender los complejos problemas colectivos de salud/enfermedad [atención] a los que nos enfrentamos hoy en día” (Medina, 2015: 153), y permite explicar la problemática con base en categorías como biopoder, género y habitus médico.

Por ello, en este capítulo se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas con el personal médico, respecto a la atención prenatal y del parto, así como de la violencia obstétrica, con el objetivo de comprender por qué los profesionales de la medicina ejercen este tipo de violencia.

El capítulo está compuesto por seis apartados: el primero está dirigido al significado del embarazo y el parto para los profesionales de la medicina; posteriormente se analiza el papel de la partería dentro del discurso médico, y cómo la ausencia y estigmatización de esta práctica milenaria afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres, provocando un recrudecimiento de la violencia obstétrica.

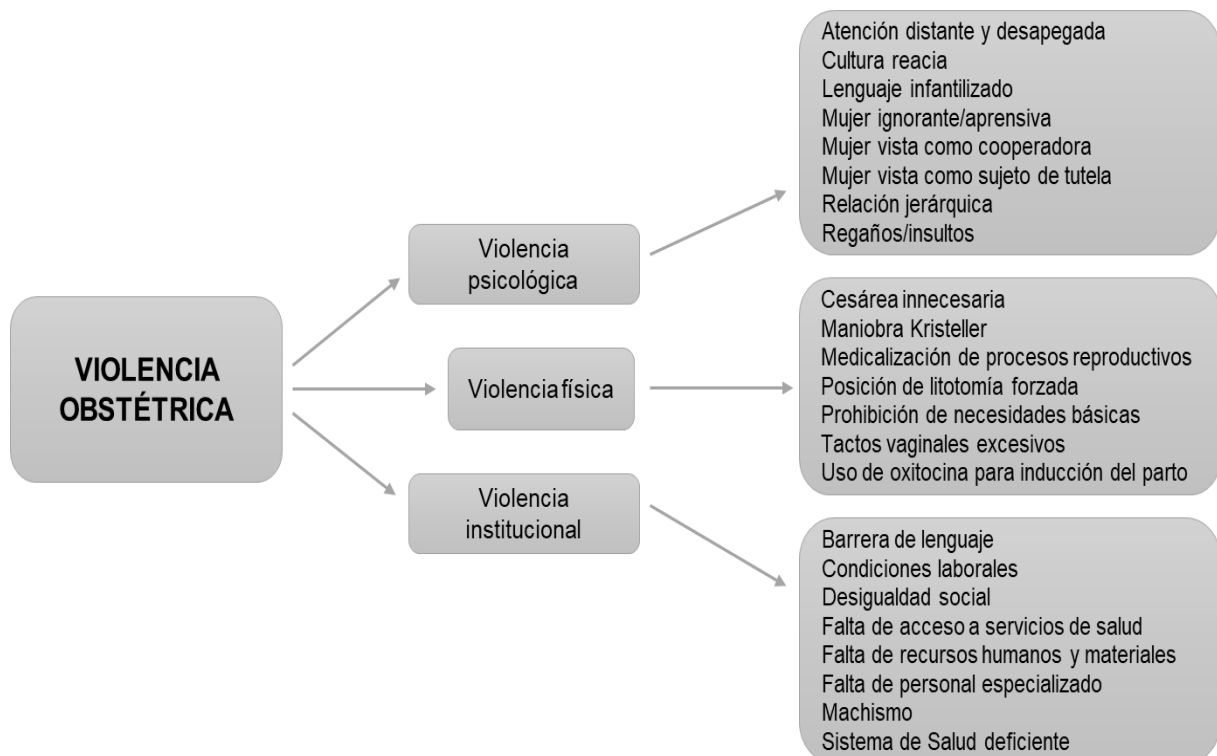
Las tres secciones de análisis posteriores son referentes a los componentes de violencia obstétrica presentados en la figura 4, comenzando con la violencia psicológica/simbólica; posteriormente se abordan la violencia física e institucional. Por último, se analiza el tema de la estigmatización de la práctica médica, que surge en las narrativas debido a los problemas experimentados en el sistema de salud, y por los casos de violencia obstétrica y muerte materna en la entidad. Lo que a su vez ha provocado el ejercicio de una medicina defensiva.

Los tres componentes de violencia obstétrica fueron construidos a partir de las definiciones abordadas en el marco teórico. En primer lugar, está la violencia psicológica, entendida como los mensajes o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación y poder. En el caso de las mujeres, se naturaliza su

subordinación en la sociedad, anulando su discurso y sus derechos. En los servicios de salud, de acuerdo con Castro (2014a), se manifiesta a través de insultos, regaños, uso de lenguaje humillante y que infantiliza, que proyecta miedo ante el proceso vivido, asimismo se ignoran las dudas de las mujeres. Toma carácter simbólico cuando el agresor y la víctima la normalizan, volviendo razonables e incuestionables los actos violentos en la relación. Es producto de la internalización de la estructura médica dominante; siguiendo a Bourdieu, es “aquella forma de violencia que se ejerce sobre un agente con la anuencia de éste” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 129).

Ahora bien, la violencia física es aquella que se emplea de manera directa sobre el cuerpo de la mujer causando daño o dolor físico, así como cualquier otra forma de maltrato que afecte su integridad física. En la atención de los procesos reproductivos, se manifiesta con mecanismos invasivos y medicalizadores, como la maniobra Kristeller, la cesárea innecesaria y el uso de oxitocina para inducir el parto.

Figura 4. Componentes de violencia obstétrica.



Fuente: elaboración propia.

Por último, encontramos la violencia institucional, originada principalmente por las condiciones de pobreza en Oaxaca que se traducen en desigualdad social, siendo la no afiliación a instituciones de seguridad social, un elemento que condiciona a vivir en contexto de vulnerabilidad y marginación.

Otros factores que contribuyen a la presencia de violencia institucional es la dificultad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; la falta de recurso material y de personal especializado. En el análisis de las narrativas, se identifican como elementos de violencia institucional, ya que las mujeres encuentran barreras, que van desde el lenguaje, hasta la lejanía de los hospitales o centros de salud respecto a sus comunidades. Las condiciones físicas de las instituciones donde se realizó el trabajo de campo son un elemento agregado a esta violencia, tales como el exceso de humedad en el área de cirugía, así como el deterioro del Centro de Salud de San Juan Chapultepec por la constante caída de rocas en las instalaciones.

Cabe advertir que, en las narrativas, surgen dos discursos: el primero es construido alrededor del ideal de atención, mientras que el otro es el verdadero discurso médico, caracterizado por ser hegemónico, autoritario y discriminador. Esto permite evidenciar algunas contradicciones, dando cuenta de la violencia obstétrica que ejercen y normalizan los profesionales de la medicina.

6.1. ¿Cómo afrontan los procesos reproductivos?

En esta sección, se analiza el significado del embarazo y el parto para los profesionales de la medicina. Las tres instituciones participantes tienen un modelo biomédico de atención, limitado a elementos biológicos y normativos, por lo que en las narrativas del personal médico están ausentes aspectos socioculturales y económicos propios de la comunidad, como lo menciona uno de los médicos:

Seguimos un protocolo basado en la Norma Oficial Mexicana en atención prenatal. Abrimos un expediente, tomamos estudios de laboratorio, ultrasonido si es necesario, valoramos a la paciente en diferentes aspectos: nutricionales, físicos, edad gestacional. Hacemos toda una serie, es un protocolo a seguir ya con un expediente para llevar su control prenatal (...)

De laboratorio le hace ultrasonido obstétrico, de gabinete le hacen biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, incluso prueba de embarazo cuando hay duda por el tiempo de amenorrea que manifiesta, se le pide VDRL, VIH 1 y 2, que son los básicos, tipo de sangre también, grupo IRH que a veces no saben su grupo (Médico 2, CESSA).

Esta visión se debe principalmente a lo aprendido en la escuela de medicina y en instituciones de salud donde realizan su práctica profesional, influidas por el Modelo Médico Hegemónico, caracterizado por ser ahistórico, con concepción teórica evolucionista-positivista y visión biologicista (Menéndez, 1992). El enfoque de atención se reduce a lo clínico y terapéutico, a pesar de que los procesos sexuales y reproductivos, de acuerdo con Salinas (2007), están intervenidos por aspectos socioculturales conformados por las interpretaciones subjetivas de la comunidad.

Dada la eliminación de la carga histórico-cultural, la atención de los procesos reproductivos se vuelve homogénea, que como señala Agostini (2001), está basada en la occidentalización de las prácticas en salud. Sin embargo, dicho entramado cultural debe considerarse para mejorar la calidad en la atención y evitar centrarla en lo biológico, es decir, que los usos y costumbres de la población oaxaqueña no sean excluidos en la atención de los procesos reproductivos; como la posibilidad de atenderse con una partera o la decisión de parir en un espacio alternativo.

Ahora bien, la narrativa muestra una contradicción respecto a la indicación de un ultrasonido, el médico inicialmente plantea realizarlo únicamente si es necesario, aun cuando la NOM-007-SSA2-2016 lo estipula como un estudio de rutina. Sin embargo, posteriormente señala que entre los estudios de laboratorio realizados se encuentra el ultrasonido.

Ante la decisión basada en el juicio del médico, emergen dos situaciones alarmantes: el incumplimiento de la normatividad; la no identificación de algún problema de salud en el producto o la mujer ante la omisión del estudio, por lo que es importante indicarlo desde la primera consulta prenatal.

Algo teóricamente fundamental para erradicar la violencia obstétrica, es entender el embarazo como proceso fisiológico, evitando su medicalización. Los profesionales de la medicina no coinciden en su visión, algunos lo identifican como un proceso que no representa riesgo para la mujer y por tanto no debe considerarse una enfermedad:

No lo vería de esa manera [como enfermedad], durante la humanidad siempre se han embarazo ¿no?, se supone que es parte de la naturaleza y no debería de ser un riesgo, pero hay, hay condiciones que sí pueden llegar a favorecer un riesgo durante el embarazo, pero para mí debería ser algo normal, normal de la humanidad (Médico 2, HG).

Por otra parte, están quienes lo identifican y afrontan como una patología que debe medicarse para un mejor manejo. Dicho de otro modo, ven a la mujer como un ente enfermo que debe ser intervenido desde la medicina occidental, con la carga clínica que la caracteriza, como lo refiere una de las entrevistadas:

El simple hecho de que una mujer se embarace, cambia todo su organismo, hay cambios en la circulación, en el corazón, en los pulmones, en todo y pues el simple hecho de embarazarse es un dato de alarma, el embarazo puede transcurrir bien pero tal vez en el momento del parto algo se complique. La mujer embarazada es como un diabético (Médica 4, HG).

Compara un proceso natural como el embarazo, con una enfermedad crónica, refuerza la idea de afrontarlo como una experiencia patógena que afecta la salud, lo considera un modo de vida estrecho. De acuerdo con Camacaro (2009), afrontar el embarazo como enfermedad encuentra explicación en la eficiencia de la práctica, ya que el personal médico fuera de la atención estandarizada, no tiene capacidad para otorgar atención integral, poniendo en riesgo la legitimidad de su propio campo.

Ahora bien, en la siguiente narrativa existe un discurso interesante, el médico inicia esbozando la existencia de factores riesgosos para la salud de las mujeres durante el embarazo, tales como el embarazo adolescente y la desnutrición vinculada a la pobreza. Sin embargo, las responsabiliza al considerarlas ignorantes por no tener conocimiento sobre cuidados prenatales:

Fisiológicamente, anatómicamente, probablemente el cuerpo de la mujer está diseñado para, o está hecho para desarrollar el embarazo, pero como le comentaba si son menores de edad, probablemente sean útero infantil, probablemente tenga desnutrición, entonces eso nos va a implicar riesgos. Trabajé en una zona de la sierra donde la mayoría hacía preclamsia, eclampsia, estábamos haciendo un estudio ahí, pero me sacaron, cambié de unidad y paró todo, entonces sí, creo que tiene ciertos riesgos el embarazo, tanto la edad, la nutrición y el conocimiento de la gente de cuidarse o no (Médico 3, CESSA).

Otro elemento que destaca en la narrativa es la biologización de la identidad femenina, centrada en la asignación social de la maternidad y su imposición como destino natural. La concepción del médico respecto al cuerpo femenino es de una máquina productora de cuerpos, destinada a mantener la reproducción de la fuerza de trabajo y establecer un orden social.

El siguiente relato evidencia una contradicción en el discurso respecto al embarazo, el médico comienza haciendo una crítica a los procesos de atención obstétrica, donde las mujeres son tratadas como entes enfermos que deben ser medicalizados; sin embargo, ve el embarazo como un evento que aumenta la probabilidad de muerte. Dicho de otra manera, considera que los procesos reproductivos deben ser atendidos fisiológicamente, pero los define como un riesgo para las mujeres.

Tendría que haber en todos los hospitales o lugares en donde se atienden partos un lugar más cómodo para las pacientes, que no se trate a la paciente como una enferma. Sí, se le canaliza, se ve como una paciente y no lo vemos como algo natural (...). [Se atiende el parto como algo] patológico. La gran mayoría de los casos, tú ves en las salas de tococirugía, tratamos al paciente como si estuviera enfermo de algo, no vemos el parto como algo natural y fisiológico (...). El solo hecho de embarazarse, que una paciente se embarace, de acuerdo a las estadísticas aumenta 10% el riesgo de muerte que de una persona normal, entonces el embarazo sí puede representar un riesgo para la paciente, por las complicaciones que puede tener (Médico 6, HG).

Asimismo, el médico considera que una mujer gestante no es una persona normal, dado el carácter patológico del proceso que está viviendo, que altera y pone en riesgo su salud, por lo que debe tratarse desde una mirada clínica.

Y es justo por esta percepción del embarazo y el parto, que plantean la necesidad de atenderlos en un espacio hospitalario. Incluso, el personal médico que ve el embarazo como proceso fisiológico, determina como inseguro e inadecuado cualquier espacio alternativo. Justifica la hospitalización haciendo referencia al caso de una defensora del parto en casa, quien falleció durante su trabajo de parto:

La mayor luchadora de parto en casa murió de una hemorragia obstétrica en su domicilio, ¿por qué?, en cualquier momento se puede complicar, entonces no soy muy de nacimientos en domicilio. Menos en un país o en un estado donde los servicios de salud a veces están un poco lejos, es difícil (Médica 1, HG).

Considera que la mujer debe atenderse forzosamente en una clínica u hospital, ya que, si lo hace en espacios alternativos y se presenta alguna complicación, no tendrá posibilidad de trasladarse a un espacio clínico. Sin embargo, existen dos elementos relevantes respecto al nacimiento en espacios no hospitalarios: la mujer siente mayor confianza y respeto a sus derechos en un espacio no institucionalizado, donde la atención dista mucho de la ofrecida por la medicina occidental, incluso eligiéndolo a pesar de contar con unidades médicas cercanas; el segundo punto es referente a la ineficiente cobertura geográfica de los servicios de salud en el estado, y a la dificultad económica y social que enfrenta la población oaxaqueña.

La siguiente narrativa refuerza la idea del parto como proceso patológico que debe ser atendido exclusivamente en hospitales o clínicas, definiendo los espacios alternativos como poco higiénicos y que contribuyen a la presencia de infecciones, por lo que es conveniente medicar el proceso y evitar afectaciones a la salud:

No lo recomiendo [el nacimiento en espacios no hospitalarios], ya que no hay ambiente, está bastante contaminado, no sabemos el área donde vaya a nacer, entonces el bebé cuando nace puede contaminarse igual que la mamá y se hace un proceso infeccioso que puede ser complicado. Estoy de acuerdo que

sean espacios limpios, estériles, con buen manejo de la limpieza, la asepsia, la antisepsia, para evitar riesgos infecciosos. No creo que exista un espacio tan limpio y lejos de lo que ya está protocolizado en un área de atención de partos, como son centros de salud, CESSA, hospitales (Médico 2, CESSA).

Sin embargo, esta percepción es cuestionable ya que el hospital no es necesariamente un espacio adecuado para atender el parto, dado que es un lugar donde se originan enfermedades por el propio dominio cerrado que maneja (Foucault, 2004) y está destinado a la atención de patologías. Pero para el campo médico, funciona como instrumento de control sobre las mujeres, juega un papel de control social, siendo el “lugar de las verdades sistemáticas para la mirada que posa el médico” (Foucault, 2004: 78), por lo que los espacios alternativos representan una amenaza para la legitimidad de la medicina moderna.

Con la imposición del hospital como espacio de atención, los profesionales de la medicina expropián y medican la salud reproductiva, para crear, de acuerdo con Illich (1975), dependencia de la atención profesional. Con esto, las mujeres asumen como necesaria en su vida sexual y reproductiva, la intervención médica sistemática del modelo médico occidental.

6.2. La partería dentro del discurso biomédico

Un elemento importante para mejorar la atención de los procesos reproductivos en Oaxaca es la consideración del contexto sociocultural, por lo que debe analizarse el papel de la partería, que es parte del entramado histórico-cultural de la población oaxaqueña. Existe una discusión respecto a este tema en la actualidad, algunos profesionales de la medicina rechazan esta práctica milenaria; hay quienes la consideran correcta solo si las parteras son capacitadas por el modelo biomédico; por su parte se encuentra el personal que reconoce su importancia hoy en día.

En el siguiente testimonio emerge la falta de reconocimiento de la partería, la médica considera que dicha práctica es peligrosa para la salud de la mujer y del producto, señalando de inconscientes e ignorantes a las parteras por atender situaciones que, a su juicio, no podrán afrontar:

Ay, salvo que estén capacitadísimas y hasta eso ¡ay con pincitas!, pero yo creo que en estos tiempos ya no porque se avientan al ruedo por cosas que piensan que pueden salir bien y no, desde darles remedios caseros o que ellas manejen unos medicamentos, a lo mejor no saben los pros, los contras bien, entonces no, para mí siento que las parteras, hójole, mis respetos, la verdad las respeto mucho pero yo creo que ahorita ya como estamos en estos tiempos, todo debe ser en atención con un médico, con medicamentos (Médica 1, CESSA).

La médica habla del respeto hacia la partería, sin embargo, no la reconoce como una forma de atención, considera que las parteras no tienen el conocimiento adecuado sobre su práctica al juzgar el uso de remedios o medicamentos de origen natural; en nombre del Modelo Médico Hegemónico se definen las prácticas alternativas como incorrectas, primitivas y peligrosas. Con la estigmatización, refuerza el ejercicio de una biopolítica de la población, que, siguiendo a Foucault (2000), tiene por objetivo la regulación social de los cuerpos no solo por medio del control del cuerpo individual, sino que pretende asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, expropiando e institucionalizando los procesos reproductivos, ingresando a las mujeres en una dinámica de atención clínica. El poder médico interviene para mantener el control social, fortaleciendo el MMH, en particular el submodelo corporativo público que de acuerdo con Menéndez (1992), crea profesionales destinados a mantener un orden institucional, y dirige las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector.

Existe otro hallazgo importante en el relato: el androcentrismo prevaleciente en la profesión médica; la informante a pesar de ser mujer, hace referencia a los profesionales de la medicina como médicos, es decir, concibe como modelo de la medicina a un hombre y no a una mujer como ella misma. Esto refuerza la desacreditación de la partería, ya que además de ser una práctica alternativa que amenaza el carácter moderno de la medicina científica, es realizada por mujeres, que en el modelo médico dominante caracterizado por ser masculino y discriminador, no tienen espacio para ejercer su práctica. Estigmatizar o limitar la partería vulnera los derechos reproductivos de las mujeres, ya que ingresan a una dinámica de poder con el personal médico, que impone criterios generadores de violencia obstétrica.

En el siguiente relato, el médico da cuenta de la aceptación de las parteras y su rol de apoyo en la comunidad. Sin embargo, condiciona el ejercicio de su práctica a la capacitación por parte del modelo médico occidental:

Yo estoy de acuerdo con el trabajo de las parteras, yo siento que hacen un buen trabajo, pero sí nada más me enfocaría un poquito a la cuestión de la capacitación. Los conocimientos, detectar los riesgos y en un momento dado se den cuenta que hay un riesgo y referirla a una unidad (Médico 2, HG).

En el relato se identifica la medicalización sobre las prácticas en salud en sí mismas. De acuerdo con el médico, la partería adquirirá el estatuto de correcta práctica en la medida que las parteras estén capacitadas siguiendo los lineamientos del modelo dominante, sustrayendo al pensamiento médico occidental el saber tradicional. Sin embargo, siguiendo los fundamentos teóricos de la antropología social, no pueden negarse las prácticas en salud tradicionales, que tienen su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, y retoman las concepciones ideológicas de la comunidad (Menéndez, 1985), por lo que, en una entidad como Oaxaca apegada a usos y costumbres, a su cultura, la medicina occidental no siempre es la mejor opción en el campo de la salud sexual y reproductiva.

En la siguiente narrativa, nuevamente surge la aceptación limitada de la partería, por lo que fuera de un discurso ético, el personal médico no ve adecuado el trabajo de las parteras, que, para intervenir, deben someterse a la medicina occidental. Este discurso da cuenta de cómo los médicos conciben una atención adecuada y apegada a derechos reproductivos, pero en la práctica se impone un discurso hegemónico:

Hay parteras que sí son buenas, debo admitirlo. Hay parteras que sí están capacitadas, pero hay parteras que no y ha pasado que traen pacientes que están muy manipuladas o que ya vienen muy complicadas, entonces en ese aspecto sería bueno que continuaran capacitando a las parteras, porque hay parteras que las tienen ahí por horas y horas, a veces esas horas son importantes para nosotros porque ya vienen muy complicados y ¿qué pasa?, el familiar quiere que tú le resuelvas y le dejes a la paciente bien (Médica 3, HG).

Culpabiliza a la partera por las alteraciones en el estado de salud de la mujer, enjuicia su práctica y determina que los eventos negativos en el trabajo de parto son responsabilidad de ambas por atenderse bajo la dinámica de un modelo alternativo; alejándose así de toda responsabilidad médica.

Respecto a la relación entre el profesional de la medicina y la partera, existe poca comunicación y colaboración debido a que la medicina occidental busca subordinar su práctica al modelo biomédico, con el fin de posicionarse como el referente que determina y controla las prácticas en salud, situación que identifica el médico:

Necesitamos estar en comunicación con ellas más, que exista una relación en cuanto a que el médico no la rechace, ni que ellas vean a los médicos como un obstáculo para realizar su trabajo, para que mejore la atención de las embarazadas. La experiencia de las parteras y sobre todo en poblaciones indígenas como las de aquí es muy importante, la paciente confía muchas veces más en la partera que en el médico (Médico 6, HG).

La narrativa permite cuestionar por qué en Oaxaca las mujeres confían más en la partería que en la medicina científica. La importancia que tiene en la entidad, donde la población está arraigada a usos y costumbres y sigue atendiendo en espacios alternativos, radica principalmente, como han demostrado diversas investigaciones realizadas en otras entidades de México (Valdez, Arenas y Hernández, 2004; Valdez, 2005), en que las parteras son agentes de salud comunitaria, que no limitan su función a la atención del parto, sino que su campo de acción se extiende a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, así como del cuidado pediátrico; establecen una relación apegada a derechos reproductivos, con elementos como la integración, confianza, tolerancia y coexistencia, contrario a la relación de poder impuesta por el personal médico; situación que identifica uno de los médicos:

Porque es una persona a la cual conoces, generalmente desde niños, en los pueblos, en las comunidades donde están, son gente a las que se les tiene respeto, sus madres, sus tías se apoyaron en ellas, la confianza que hay, la comprensión sobre todo con ellas es muy importante (Médico 6, HG).

Asimismo, el machismo preponderante en la sociedad oaxaqueña, es identificado por profesionales de la medicina como un factor que influye en que las mujeres asistan con parteras, particularmente en comunidades rurales donde las parejas no permiten que sean asistidas por hombres:

Por los usos y costumbres, y tal vez, lo que he visto en las comunidades, en la ciudad mucho y en las comunidades demasiado, el machismo, entonces el que te esté viendo el doctor, que estén tocando, que vas a ir a contar, cosas así hacen que mejor se vayan con la partera, creo que esa es la razón, los usos y costumbres y la mentalidad de las personas (Médico 3, CESSA).

Esta situación provoca una doble violencia que, a pesar de ser identificada por el personal médico, no ejerce ninguna acción que aminore el impacto que genera en la salud de las mujeres, ya que, nuevamente ante la presencia de aspectos socioculturales, no tiene capacidad de afrontar la situación.

Algo que emergió de manera particular en el CESSA de San Jacinto Amilpas, es que la mayoría de los profesionales de la medicina reconocen y respetan el trabajo de la partera, tal como lo relata la médica quien hace una crítica al sistema de salud por la limitada infraestructura hospitalaria:

Aquí en Oaxaca que tiene tantos problemas, no es posible, yo la primera vez que llegué aquí lo que se me hacía increíble es que nada más contaran con un solo hospital de segundo nivel, o más bien que tiene acceso a toda la población, un solo hospital. Para la situación demográfica, geográfica que viven aquí, se me hace esencial el papel de una partera, esencial, porque no todos tienen el acceso a los servicios de salud, entonces es bueno, es bueno el programa ese que quisieron también que ellas tuvieran la manera de prevenir las cosas, las dotan como de un kit y más o menos las orientan qué hacer ante una urgencia, a mí se me hace bueno, ayuda. Porque también nos han tocado comunidades muy, muy alejadas y que tienen un centro de salud a 5, 6 horas, entonces ¿qué hacen?, por eso sí es bueno el trabajo de las parteras, es bueno también aceptarlo y ayudarles para prevenir riesgos (Médica 4, CESSA).

Situación que se replica en el relato del médico, que reconoce la labor de las parteras en la atención obstétrica. Por otra parte, cuestiona la masificación de consultorios con enfoque biomédico, provocando la disminución y en el caso de las ciudades, la desaparición de la partería:

Excelente, ellas han llevado durante muchos años, antes de que la medicina estuviera al alcance de más gente, han hecho una labor heroica. Sus procedimientos los he sabido porque los he leído un poco, pero han funcionado, han funcionado y mis respetos para ellas, En los últimos años ha disminuido el número de parteras. Las parteras viejas ya han muerto, las entrenadas, las maestras y con esto de que la salud ya, por donde quiera hay clínicas, ya hay más personal, pues hay menos [parteras] (Médico 2, CESSA).

En el siguiente testimonio, el médico aborda el trabajo que realizó con parteras; considera adecuada su práctica y que el modelo tradicional debe ser aplicado en conjunto con la medicina occidental, como lo plantea la antropología social:

Me ha tocado trabajar con parteras y al igual que el médico, me parece un buen trabajo siempre y cuando estés preparada. En la sierra igual me tocó estar con parteras, sus pacientes siempre salían bien, estuve en una zona igual donde siempre llamaba yo a las dos parteras y ya les explicaba, les daba soluciones, todo, para que lo ocuparan, muchas veces no lo usaban, te explicaban sobre sus hierbas, los tés, lo que se hacían y te decían “esta hierba no porque es caliente, produce hemorragia” “esto no porque produce esto, si está sangrando le das esto”, entonces ellas a su manera, con su herbolaria, se puede llamar así, saben controlar a su paciente. (...) en la ciudad tal vez no, pero en la comunidad la partera es más que el médico, siempre van a buscar a la partera, lo que necesitas es tener comunicación con ella (Médico 3, CESSA).

El médico resalta la relevancia de la partera en la comunidad, ya que, al ser integrante de la misma, establece una relación de confianza, respeto y armonía con la mujer, situación que la posiciona por encima del personal médico; amenazando la legitimidad y autoridad del modelo médico occidental.

Por lo que el reconocimiento del médico a la partería está condicionado, busca imponer métodos y medicamentos provenientes de la medicina occidental para anular las prácticas y métodos tradicionales de atención, como la herbolaria. Es decir, construye un discurso alrededor de la aceptación de la partería, pero, por otro lado, muestra una postura de rechazo hacia esta práctica milenaria.

Asimismo, surgen dos elementos a analizar en las narrativas del personal médico del CESSA de San Jacinto Amilpas: se posicionan a favor de la partería y la consideran fundamental en Oaxaca, pero no ven adecuado el nacimiento en espacios no hospitalarios; cuestionan el lugar en que las parteras atienden los procesos reproductivos, ya que como integrantes de un modelo alternativo de atención, lo hacen en la propia comunidad, ya sea en su hogar o en el de la mujer gestante, retirando al profesional de la medicina el control sobre el cuerpo de las mujeres. El segundo elemento es el reconocimiento de la partería dada la deficiente cobertura de los servicios de salud, particularmente en zonas rurales, pero a la vez consideran que la mujer debe atenderse en espacios hospitalarios, poniendo en riesgo su salud ya que las condiciones geográficas y socioeconómicas no le permiten acceder a una institución del sector salud. Se identifica un reconocimiento condicionado de la partería tradicional, que se da ante la ausencia de médicos, más no se le atribuye validez al saber y práctica tradicional; por lo que, dentro del verdadero discurso, la medicina alternativa debe subordinarse al modelo dominante, donde una partera no tiene la confianza de atender ya que se impone un espacio hospitalario, bajo una dinámica medicalizadora, tal como un médico no la tiene fuera de la clínica.

Tal como se mencionó, obligar a las mujeres a parir en espacios hospitalarios y ser atendidas por personal médico, afecta sus derechos reproductivos; contribuye a la presencia de violencia obstétrica, ya que no tienen la posibilidad de asistir a un centro de salud u hospital, y a la vez son juzgadas por buscar atención alternativa. Los profesionales de la medicina reconocen la violencia institucional, pero no aquella que ejercen con la regulación del cuerpo femenino, es decir, con la implementación de una biopolítica de la especie humana, expropiando e institucionalizando la vida sexual y reproductiva, imponiendo un modelo de atención clínico-terapéutico.

6.3. Violencia psicológica/simbólica

Ahora bien, en el análisis de la violencia obstétrica, se observa que la de carácter psicológico/simbólico se presenta con mayor frecuencia, bajo un ejercicio de poder y vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres. Su análisis se divide en tres rubros: el establecimiento de una relación jerárquica; el rol de las mujeres en los procesos reproductivos; la carga de violencia en el lenguaje médico.

6.3.1. Caracterización de la relación médico-paciente: ¿jerárquica u horizontal?

Este componente de violencia obstétrica surge con el establecimiento de una jerarquía. Los profesionales de la medicina construyen un discurso que muestra la atención basada en una relación horizontal, con elementos como el respeto y confianza, como dan cuenta los siguientes relatos al cuestionar qué características debe tener la relación médico-paciente:

Médico-paciente, pero sí con mucha, brindándoles mucha confianza. Empiezo a platicarles cosas fuera de lo que tenga que ver con el embarazo o animarlas, explicarles que todo va a salir bien, que pues es parte del proceso natural y que tengan confianza (Médico 2, HG).

De confianza, de comunicación y buen control prenatal es un parto exitoso. Muy directa porque ahí obviamente participamos tres, la mamá, el bebé y el médico, en mis manos tengo dos vidas prácticamente, entonces tiene que ser muy estrecha, necesito tener su confianza, ella de mí también, prácticamente el cincuenta por ciento lo aporta la paciente ¿no?, y el resto nosotros para guiar el trabajo de parto y el nacimiento, el alumbramiento (Médico 2, CESSA).

En el relato anterior, el médico argumenta una relación entre iguales, pero en el fondo se utiliza para remarcar la omnipresencia de la figura médica, que en esta relación donde intervienen la mujer, el producto y el médico, es este último quien “tiene” en su poder la vida de los otros. Dicho de otra manera, depende del personal médico mantener el buen estado de salud de las otras dos personas, expropiando el rol protagónico de la mujer en el proceso reproductivo.

Con esto emerge una disociación en el discurso, ya que los profesionales de la medicina consideran que depende de ellos la vida de las otras personas, sin embargo, cuando el estado de salud del producto sufre alteraciones, las mujeres son responsabilizadas y señaladas como poco cooperadoras e ignorantes.

Ahora bien, en el discurso hegemónico que se contrapone a lo relatado anteriormente, ambos médicos plantean la necesidad de mantener a las mujeres sometidas a sus indicaciones, restringiendo su libertad de opinión y decisión. En la práctica, establecen una relación jerárquica, donde las mujeres tienen un papel de subordinación frente a un actor que representa a un campo hegemónico:

No. Sí, sí debe haber un poquito [de jerarquía], no es una jerarquía así grande; dentro de lo que se dé, siempre manteniendo a la figura del médico y al paciente. No, no tan horizontal porque si no al rato ya empieza, como que se, no sé cómo explicarte. O sea, sí, sí como que bajar un poquito al nivel, pero marcando, marcando la diferencia o límites (Médico 2, HG).

Me corresponde como profesional aportar mi conocimiento para instruirla y a ella le corresponde seguir las instrucciones y llevarlas al pie de la letra, entonces aquí no hay diferencia, no le veo diferencia (Médico 2, CESSA).

El testimonio anterior expresa la forma en que el médico concibe la relación médico-paciente y cómo se concibe a sí mismo en ella. Coincide con la asignación social de roles definidos por la estructura social, tal como lo plantea Parsons (1951), que distingue los rasgos estructurales del rol del profesional de la medicina, que tiene como objetivo el cuidado de los enfermos, ya que éste se ha convertido en un empleo funcionalmente especializado; así como el rol del paciente que se encuentra limitado al cumplimiento de órdenes médicas.

Situación que se replica en la narrativa de la médica, quien considera debe mantener una postura, que, bajo su discurso, es la de dictar órdenes. En términos de Foucault, la función de ordenar refleja el carácter normativo de la profesión médica; mientras que el papel de las mujeres se limita a cumplirlas, subordinarse al orden médico para que, a juicio de la médica, no sean aprensivas, no lloren ni se quejen:

Ah bueno, ahí no [hay una relación horizontal] porque digamos, nosotros somos los que damos las órdenes en algún momento, pero yo considero que no, no es tanto, así como de imposición digamos. Como hay pacientes que te digo, lloran mucho, gritan mucho, tampoco uno las puede estar apapachando, tienes que ponerte en tu papel y en ese aspecto yo siento que, si yo me pongo, digamos sería, ellas cooperan más a que yo las esté apapachando. Entonces sí siempre estoy en mi papel de médico, porque entre más las consientes son un poquito más aprensivas, entonces siempre ese es el neutro (Médica 3, HG).

Al mencionar el papel que le corresponde, también muestra en términos de Parsons (1951), la interiorización del rol tradicional. La forma en que el profesional de la medicina incorpora el habitus es mediante el ejercicio de un papel, de lo que considera su función social en un sistema que le asigna un rol predeterminado. Ahora bien, la médica habla de mantener una postura, la cual debe ser de apoyo y empatía, más no de autoridad e imposición que limita la promoción de un espacio para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. El relato evidencia otra situación: considera que no debe apapachar a la mujer ya que entra en una dinámica de *poca cooperación*; sin embargo, con esto se aleja de un trato digno y respetuoso.

Con la jerarquización se implementa una relación de poder, que lleva a los profesionales de la medicina a otorgar atención distante y desapegada, característica que Freidson (1978) asocia a la estandarización de la atención y que deriva, como lo muestran otras investigaciones (Castro, 2014b), del entrenamiento que regula el involucramiento personal con el paciente. En la formación médica, este tipo de relación es vista en términos positivos, fortaleciendo el habitus autoritario.

6.3.2. El rol de las mujeres en su vida reproductiva

Uno de los puntos fundamentales para eliminar la violencia obstétrica es mirar a las mujeres como protagonistas de sus procesos reproductivos, mientras que el papel del profesional de la medicina es asistir y apoyar. Sin embargo, como se ha advertido, uno de los grandes problemas relacionados con el ejercicio de la biopolítica y la presencia del Modelo Médico Hegemónico, es la institucionalización y

expropiación de la salud sexual y reproductiva. Las mujeres pierden capacidad de decisión y son vistas como cooperadoras, como objetos de intervención que deben ser tutelados y educados por una figura masculinizada en nombre de la científicidad médica, para crear cuerpos dóciles que puedan ser manejados como máquinas.

Con base en la idea anterior, en este sub-apartado se analizan las narrativas respecto al papel que juegan las mujeres en el proceso de embarazo y parto. Se presenta una disociación entre el discurso éticamente construido que posiciona a la mujer en el protagonismo de su vida reproductiva, y el discurso hegemónico, donde el personal médico la define como cooperadora, como sujeto que debe seguir instrucciones, fortaleciendo la idea del cuerpo femenino como máquina, ejerciendo desde los términos de Foucault (2000), biopoder en sus dos niveles, desde la anatomopolítica (micro) y la biopolítica (macro), como lo expresa el siguiente relato:

El primario, el más primario, ella es la que nos va a definir su situación real de cómo se encuentra y nos va a evitar muchas cosas si nos avisa a tiempo, si acude cuando se sienta mal, si avisa, ella es la que siente, la que está viviendo el momento del embarazo y que debe seguir las instrucciones y avisarnos, juega un papel bastante fundamental (Médico 2, CESSA).

Ahora bien, en la siguiente narrativa la médica da cuenta de la capacitación que recibió junto a una enfermera del hospital sobre parto humanizado. Considera que las concientizó de dar un trato digno y que su rol es de apoyo:

Tienes que ser un apoyo, hemos hablado de lo que es un poquito de parto humanizado aquí en el hospital y aprendimos mucho, vino un programa que se llama Pronto, creo que ya no está, se llama Pronto, vino de México [Ciudad de México], nos vinieron a capacitar sobre parto humanizado, entonces incluso yo soy una de las que recibió la capacitación en México [Ciudad de México], me fui a México [Ciudad de México] a la capacitación y ellos nos hicieron conscientes de lo que es parto humanizado. Tú tienes que jugar ese rol y ser el apoyo de tu paciente, sea primigesta, multigesta, como sea tienes que ser muy consciente de que en ese momento tu paciente tiene ciertas necesidades.

Tienes que hablar, tú tienes que hablar, tienes que ayudarla, tienes que de verdad prestarte ahora sí a que la paciente confíe en ti (...). La enfermera que tengo ahorita también recibió las capacitaciones, entonces como que nos hemos compaginado muy bien, porque ella como está capacitada también le explica (Médica 1, HG).

Sin embargo, emerge un discurso hegemónico que posiciona a la mujer como cooperadora, expropiando desde una postura científica, el protagonismo del proceso. El orden médico al ser normativo, masculino y paternalista, no permite cuestionar el rol socialmente asignado a las mujeres, vistas como objetos de tutela y no como sujetos capaces de afrontar su vida reproductiva. De acuerdo a la crítica de Granda (2004), la medicina occidental anula el saber del paciente, ya que no es parte del conocimiento científico acumulado; debe supeditarse a los dictámenes del médico que actúa en representación del conocimiento y del método científico:

Tienes que explicarle, tienes que concientizarla porque si la dejas en el limbo, ni va a cooperar ni va a ser bonito. A veces cuando por ejemplo está muy poco cooperadora la paciente y hay un familiar que nos hace que ella apoye un poquito más, el familiar nos acompaña porque son pacientes que les explicas y son un poquito difíciles (...). Muchísima [diferencia con la capacitación del parto humanizado] porque la mujer coopera, porque la paciente se hace consiente de lo que está pasando y sobre todo porque es menos difícil atender a una paciente que la concientizas, que te ayuda, que te apoya, que hace lo que tú le dices, entonces sí es muchísima la diferencia (Médica 1, HG).

La narrativa aporta elementos importantes para el entendimiento de la violencia obstétrica: la médica define a la mujer como ignorante, sin capacidad de afrontar su vida reproductiva; considera que debe ser educada para asumir su papel de cooperadora, estableciendo una relación vertical que conlleva al ejercicio de un poder disciplinario sobre su cuerpo. Desde la mirada médica, las mujeres están excluidas del proceso no solo por ser vistas como enfermas, sino por ser mujeres ya que la sensibilidad e irracionalidad son características históricamente asociadas a lo femenino, mientras que la razón como parte de la ciencia está ligada a lo masculino.

Otro elemento que resalta en la narrativa es el ingreso de un familiar como observador del comportamiento de la mujer, recurso sumamente utilizado por el personal médico para culpabilizarla sobre la dinámica de atención; el familiar también es utilizado como figura de autoridad que *pondrá en su lugar* a la mujer, eliminando su capacidad de opinar y siendo señalada como un ser ignorante que requiere tutela masculina. Así, el campo médico adquiere control político y social sobre el cuerpo.

La clasificación de las mujeres como cooperadoras o no cooperadoras, se da ante la *rebeldía* de no someterse a las órdenes médicas, por lo que son violentadas y se vulneran sus derechos reproductivos, como lo muestran los testimonios:

Pues estar tranquila y preparada para lo que venga, y cooperadora. Eso es lo más importante, si tenemos a una mujer tranquila, que coopera, que te escucha, que está preparada, todo se encamina a que probablemente vaya a salir bien (Médico 3, CESSA).

Cuando se requiere sí [ingresa un familiar], cuando hay pacientes que no cooperan o cuando hay pacientes que tienen una situación especial, pacientes que son menores y de plano no quieren nada (...). Porque a veces estando ahí en sala de expulsión no son muy cooperadoras, entonces sí se les permite eso [parir en posición vertical], entonces sí se les permite que en ese aspecto sí nos lo refieran, como ellas quieran (Médica 3, HG).

Y como lo advierte la autora Erviti (2010), la *no-cooperación*, la *desobediencia* a las indicaciones del personal, conlleva desde la mirada médica, determinadas actitudes y prácticas: se culpabiliza y se define a las mujeres como aprensivas, consentidas y quejumbrosas, lo que a juicio del personal médico no permite establecer una relación de confianza, tal como se evidencia en las narrativas:

Hay pacientes que están muy aprensivas y no les puedes decir nada porque se enojan, gritan, se desesperan y lo único que le dices es que nos ayude a que su bebé nazca. Todos los pacientes son diferentes, hay pacientes que no permiten que les hables, te gritan, te insultan, te patean (Médico 5, HG).

Nos ayuda la enfermera, a veces cuando no se animan a hacer tacto ellas me avisan, “ya está muy quejumbrosa la paciente”, pero en ocasiones sí nos apoya enfermería. Ha habido mujeres que dicen “saquen a mi bebé” o “que se muera mi bebé”, también se ponen muy intensas. Pero pues no deberíamos, no deberían de darle un mal trato a las pacientes (...). Por la edad también son menos tolerantes al dolor [adolescentes] y hay muchas veces, al menos las que me ha tocado atender, están como muy consentidas y al primer dolorcito ya están llorando, gritando “no, ya no quiero” y patean y todo, “cálmate, ya no eres tú sola, ya ahora también una vida depende de ti” (Médica 4, HG).

Expresiones como “al primer dolorcito ya están llorando” son hechas en función de un campo médico masculinizado y paternalista, que considera a las mujeres adolescentes poco tolerantes al dolor, quienes deben normalizar la experiencia ante la decisión de embarazarse. Además del momento de estrés, incertidumbre y dolor, se agrega el maltrato que reciben del personal. Con dicha expresión emerge otro elemento importante: el dolor de la mujer no es relevante para el personal médico; se anteponen los derechos del producto a los derechos reproductivos de la mujer.

Y es justo por el modelo biomédico caracterizado por ser masculino, aunado a la sociedad patriarcal, que el personal médico considera a la mujer incapaz de comprender su vida reproductiva sin el apoyo del esposo o de otra figura masculina:

El esposo. Porque yo siento que es con la persona que vive y es la persona que normalmente la conoce, relativamente es el que nos puede decir si la paciente está equivocada o no. Una cosa es lo que le explicas al paciente, lo que el paciente le explica a su familiar y lo que su familiar entiende y le explica a los demás. Es diferente que le expliques a los dos (Médico 5, HG).

A la presencia del esposo se le asigna un doble papel, como sujeto dominador de la pareja y como transmisor de las órdenes médicas ya que, a juicio del profesional de la medicina, la mujer requiere tutela masculina para además ser controlada, situación que conlleva a la expropiación de su protagonismo y se minimiza su participación al de simple cooperadora, al de cuerpo máquina.

Surge otro elemento en la narrativa respecto al papel de la pareja en los procesos reproductivos: considera que cuenta con más conocimiento que la mujer respecto a su cuerpo y su estado de salud, juzga como errónea e inconsistente la información proporcionada en la consulta prenatal, por lo que requiere del hombre para aclarar el panorama sobre el embarazo. Esto refleja el papel tan devaluado que se tiene de la mujer, ya que ni siquiera durante el embarazo, experiencia que en una sociedad patriarcal determina el ser mujer, se le reconoce la posibilidad de opinar y decidir.

6.3.3. La carga de violencia en el lenguaje médico

Otro elemento de violencia psicológica es el lenguaje utilizado en particular durante el parto, cargado de regaños e insultos; los médicos normalizan el sufrimiento que las mujeres experimentan, tal como lo reconoce la médica, al cuestionarle si ha identificado violencia en su centro de trabajo:

Sí he visto que algunos de mis compañeros usan la manera verbal, que a veces les gritan o luego les hacen comentarios, entonces sí, sí he visto, aquí sí he visto lo de la violencia obstétrica, de manera verbal, pero física no lo he visto (...). Hay compañeros que no, que luego se empiezan a irritar y ya empiezan a estallar. Incluso hay compañeras que acá les empiezan a gritar a las pacientes o a regañar, les hablan muy feo (Médica 3, HG).

En el relato se identifica que la violencia obstétrica también es ejercida por médicas. Esto se debe en principio a que fueron objeto de violencia durante su formación académica, dando origen a un estilo profesional autoritario (Castro, 2014b); por lo que violentan en representación de la autoridad médica masculina, teniendo un patrón de disciplina y control femenino. Por ello, se argumenta que no es el género, sino la pertenencia al campo médico lo que determina el ejercicio de violencia.

Asimismo, da cuenta de la gran irritación que experimentan los profesionales de la medicina ante la no subordinación de las mujeres al orden médico, situación que los lleva a implementar un lenguaje cargado de violencia con el objetivo de someterlas. En el siguiente relato se aprecia un ejemplo de este lenguaje:

No saben pujar, no saben cómo deben pujar, “doctor pues es que estoy pujando”, “¡pero estás pujando mal!”, “¡hay que pujar de esta forma, aunque se haga usted popo, usted no se fije!”, a veces por el pudor, por la pena que se van a hacer popo, no pujan como debe ser (Médico 2, CESSA).

El médico resta importancia a la incomodidad que experimentan las mujeres por la posición de parto y las implicaciones que tiene su imposición; exige que pujen de manera correcta, pero no tiene la capacidad de explicar cómo deben hacerlo y se limita a regañarlas y señalarlas como ignorantes.

Dicha irritación también provoca que el personal adopte actitudes de infantilización y paternalismo, utilizando expresiones inadecuadas, que a su juicio generan confianza. Estas expresiones están normalizadas por las mujeres y las asumen como parte del proceso de atención, sin embargo, las despersonalizan y no permiten establecer una relación apropiada:

A veces con ciertos modismos como de afecto, el caso de mamita lo ocupamos mucho, “mamita cómo te encuentras”, ocupamos terminología, bueno al menos yo terminología adecuada para que ella se sienta cobijada, se sienta segura. A veces también por su nombre, “doña Martita”, “doña Lupita ¿cómo se siente?, ¿cómo se encuentra?”, le llamamos por su nombre también (Médico 2, CESSA).

Al caracterizar como adecuadas las expresiones de infantilización y paternalismo, el médico refleja la normalización de la violencia. Considerar estas actitudes en términos positivos nos habla de la naturalización de la violencia contra las mujeres. Se puede decir que la normalización y la naturalización son mecanismos de incorporación de las prácticas violentas del habitus médico, que son asumidos por las mujeres, volviéndose incuestionables.

Asimismo, dentro del lenguaje violento se encuentra aquel destinado a interiorizar en la mujer que es merecedora del dolor experimentado por haber decidido embarazarse; mensajes contradictorios, por una parte, está el dictado social de la reproducción, por otra la censura de no tolerar el dolor estoicamente, como lo evidencia el testimonio al cuestionar si ha presenciado violencia obstétrica:

Sí, yo creo que sí [existe violencia obstétrica], la cuestión de que de repente veo compañeros: “¡haber, acuéstese, abra la pierna, pújele!”, el alzarle la voz para mí es una violencia, “espérese, aguante, si ya sabía que dolía para qué se embaraza” o “sabías que te iba a doler”, o en algún momento “¡ah quieres que yo te lo saque, a poco yo te lo metí!”, o sea eso es violencia. (Médico 2, HG).

Algunos profesionales de la medicina identifican plenamente el ejercicio de violencia psicológica que es parte de su habitus autoritario, sin embargo, está normalizada ya que, desde su posición científica carente de elementos socioculturales, las mujeres deben experimentar dolor no solo por embarazarse, sino por su *falta de cooperación*.

6.4. Violencia Física

El ejercicio de violencia física en instituciones públicas de salud se da principalmente porque, siguiendo a Arguedas (2014), el poder médico no solo se ejerce sobre los cuerpos, sino a través de ellos. Con una carga de significados patriarcales, decide cómo debe ser tratado el cuerpo y la vida de las mujeres.

Esta violencia se presenta por medio de procedimientos y maniobras, que siguiendo el planteamiento de Foucault (1999), provocan efectos nocivos y obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada. Son parte de la enseñanza médica y se consideran adecuados para la asistencia del parto, tal como la aplicación de oxitocina para inducirlo o la maniobra Kristeller que como documentan algunas investigaciones (Redondo et al., 2014; Rengel, 2011), afecta drásticamente la salud de la mujer y el producto. A pesar de que la maniobra está contraindicada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 y que el personal médico la reconoce como dañina, siguen utilizándola; existe una disociación entre el discurso ético y el discurso hegemónico. Por un lado, no la recomiendan debido al daño que causa, y por otro la consideran un método vigente para dar término al parto, incurriendo en una agresión directa y normalizando el ejercicio de violencia de carácter físico.

El uso de la maniobra Kristeller es recurrente ante la impaciencia de permitir la evolución natural del parto, sin embargo, existe otro factor importante: la escuela, ya que la maniobra forma parte de la enseñanza médica, donde se expone como una

herramienta correcta para acelerar el parto. Dicho de otra manera, los profesionales de la medicina siguen utilizándola ya que durante su formación fueron sujetos de *tecnologías del yo*, que de acuerdo con Foucault (1990), son aquellas intervenciones sobre el cuerpo y la mente de los sujetos que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de habilidades, con determinadas actitudes, por lo que en su habitus ven necesario y en términos positivos replicar procedimientos invasivos. A pesar de que, en la práctica el personal hace un juicio sobre los daños, no deja de ser aplicada, ya que estarían deslegitimando al campo médico. Aquí se evidencia la disociación entre el discurso éticamente construido y el discurso médico dominante:

No es muy apropiada, es una maniobra que te puede ayudar mucho, pero también te puede provocar unas complicaciones en el momento del nacimiento, como desgarros uterinos muy fuertes, desgarros de tejido muy fuertes, se puede presentar una hemorragia intercerebral y hay unos kristellazos que dan bastante tardados y fuertes. No, no la recomiendo a menos que sea muy suave y sea necesaria. Sí lo hemos hecho [maniobra Kristeller], sí lo hemos hecho en algunas ocasiones. Es parte de nuestra enseñanza y ya después con la práctica te das cuenta cuándo sí y cuándo no debes hacer (Médico 2, CESSA).

En ocasiones sí [utilizo la maniobra Kristeller], la verdad sí se ha ocupado porque volvemos a lo mismo, hay pacientes que no cooperan, por más que uno les explique y de verdad, hasta nos han pateado las señoras, no por grosería, yo entiendo se mueven y por más que uno les dice “señora se va a caer”, sí se pone muy intensa la situación y el bebé a veces ya empieza con variaciones en la frecuencia y hay que sacarlo (...). No [la recomiendo], primera porque puede hacer una hemorragia obstétrica y segunda porque puede causarle hipoxia al bebé, el hecho de que lo estén apretando sí lo altera (Médica 4, HG).

El relato anterior, además de evidenciar la violencia física al aplicar la maniobra Kristeller, muestra su normalización y justificación bajo un argumento de *poca cooperación e ignorancia* de las mujeres, por lo que es usada como método de castigo ante la desobediencia. La médica naturaliza el papel tan devaluado de las mujeres en sus procesos reproductivos y la forma violenta de afrontarlos.

Es importante mencionar que algunos médicos refieren no hacer uso de la maniobra debido a las repercusiones en la salud de las mujeres y por apego a la normatividad:

No, está prohibida. Porque si un bebé no desciende no hay por qué, todo ya está escrito, el periodo expulsivo, si está prolongado, todo. Si una paciente tú ves que no desciende el bebé, valoras, le haces un tacto, ves si tiene caput, si está libre, si se regresa. Si ves que no, o sea para qué, un Kristeller tanto para la mamá como para el bebé es malo; al bebé puedes producir una hemorragia, se te desgarra, se te va a desagarrar todo el canal vaginal (Médico 5, HG).

La situación es similar respecto al uso de oxitocina, existe una diferencia en el criterio del personal médico. Por una parte, están quienes la utilizan para inducir el parto ya que es un procedimiento identificado en guías estudiadas durante su formación, a pesar de reconocer otros métodos menos invasivos que liberan oxitocina; esto lleva a la patologización y medicalización del parto, colocando a las mujeres en una posición de pasividad y subordinación ante la autoridad médica:

¡La oxitocina! Hay muchos, hay muchísimas guías ahorita, manejos que la verdad te ayudan a usarla, tienes que saberlos para poder manejar bien ese medicamento, que claro está, están muchas cosas para poder liberar la oxitocina, como la estimulación de pezones, muchas cosas, pero hay mujeres que sí vemos que su trabajo de parto es muy prolongado, es ahí donde si los podríamos usar, claro guiándonos (Médica 1, CESSA).

Por otra parte, está el personal médico que no recomienda la aplicación de oxitocina para inducir el parto, ya que tiene un componente medicalizador:

La oxitocina, si es para apresurar el parto tampoco le veo muy indicado, generalmente no la utilizo, que la paciente siga su trabajo de parto, el cuerpo va a hacer lo que tenga que hacer; sí he visto a muchos que la utilizan para acelerarlo, pero no acá, sino de otros lados, por ejemplo, cuando hice el internado, donde he estado, le ponen la oxi para que ya, “ya tiene cinco hijos, ponle la oxi ya” y ya pudo sacar el trabajo. Entonces no lo veo tan indicativo, tan correcto, para mí, cada médico tiene su criterio (Médico 3, CESSA).

La narrativa permite identificar el papel que juega la escuela: durante el internado, los estudiantes presencian el uso de técnicas invasivas con repercusiones en la salud de la mujer, que replican durante su vida profesional; lo aprendido en las escuelas de medicina y en las instituciones del sistema de salud establece la medicalización de procesos fisiológicos. Si bien el médico cuestiona el uso masivo de oxitocina para inducir el parto, hay quienes deciden utilizarla, al igual que la maniobra Kristeller, ya que fueron objetos de *tecnologías del yo* durante la socialización, que los dirige a mantener un orden institucional y la legitimidad de su campo. Es decir, existe una diferencia en los criterios para la atención del parto.

Otra de las grandes críticas a los servicios de salud y particularmente a quienes se encargan de atender el trabajo de parto, es la posición de litotomía que debe tomar la mujer para parir. Esta obligatoriedad se debe principalmente a dos situaciones: la primera es que, durante su formación académica los profesionales de la medicina así lo aprendieron; no cuentan con conocimiento para asistir un parto en posiciones distintas, tales como la vertical o semi sentada que son más adecuadas para la mujer, requiriendo menor esfuerzo para la expulsión; la segunda es que en una posición alternativa, el personal tiene mayor interacción con las mujeres y por consecuencia una relación cercana, situación que genera incomodidad en su práctica debido a la presencia de aspectos socioculturales no abordados durante su formación, ya que fue entrenado para establecer una relación distante y desapegada, que fortalece la estandarización de la atención.

Si bien el personal médico no identifica ningún beneficio en la posición de litotomía, obligan a las mujeres a parir así para mantenerlas en un rol de cooperación. En el siguiente testimonio se observa la importancia de la escuela en su normalización y la contradicción entre el discurso ético, a partir del que se analiza la posición como algo fuera de la naturalidad, y el discurso médico hegemónico que la justifica:

Pues es lo que nos enseñan en la escuela más que nada, entonces a veces tenerlas en litotomía no ayuda mucho, a veces hay que sentarlas más para que ellas puedan impulsarse más. O a veces de pie también me ha tocado y de pie es un poquito más fácil para ellas porque hacen mayor fuerza (...)

Lo que es, como viene en el libro. Pacientes en posición de litotomía y no hay más, a mí me tocó en el hospital civil que es el único hospital, creo yo, donde utilizábamos el parto humanizado, hay un área específica donde la paciente puede tener su bebé como ella quiera, parada, sentada, acostada, les facilitas algunos ejercicios para relajación, eso es lo que hacen, lo que haría falta porque la escuela no te lo enseña. Al menos aquí yo siento que nos haría falta más que nada tener más espacio para esas pacientes que quieren otro tipo de parto, esas alternativas donde “sabe qué, quiero tenerlo parada”. Un área donde están las embarazadas y pueden ocupar su pelota o están paradas, aquí también haría falta porque hay demasiadas embarazadas (Médica 3, HG).

La médica identifica dos situaciones importantes en la imposición de la litotomía: primero la ausencia de la enseñanza en las escuelas y facultades de medicina para atender el parto en posiciones menos mecanizadas e invasivas; posteriormente reconoce que no existe infraestructura adecuada para romper con dicha imposición, ya que, a su juicio, pondría en riesgo la integridad de las mujeres. Estos elementos también son identificados en la siguiente narrativa:

Beneficios no le veo ninguno [a la posición de litotomía], sino que así ha sido siempre la atención de partos, tal vez desde que se desarrolló el área médica y no tanto como el parto humanizado de a gatas o sentadas. Se intentó, estaba un ginecólogo aquí implementando el trabajo de parto humanizado en todas las unidades, al final no tuvo auge, no tuvo la respuesta que él esperaba y seguimos en posición de litotomía. Beneficios no le veo, sino que es más que nada como se inició. En la sierra hay una comunidad que se llama San Antonio Lalana, más o menos a doce horas de acá, la señora quería que su esposo la sujetara de atrás y fue sentada, prácticamente sentada y pues ahí también es problema para ti, porque estoy tirado en el piso, ya nada más se pone algo o si no así nada más y tratar de agarrar al bebé, como está hacia abajo la tina, va a salir más a presión se podría decir y terminas todo embarrado. Es más difícil para el médico, tal vez la mamá está más cómoda pero el médico es más incómodo, fue la única que naciera así (Médico 3, CESSA).

El relato muestra algo fundamental en la práctica médica: existió un intento por implementar el parto humanizado en el CESSA de San Jacinto Amilpas, sin embargo, no tuvo éxito y fue suspendido. El fracaso se debe principalmente al miedo y falta de disposición de los médicos para modificar la forma en que atienden los procesos reproductivos, ya que, fuera de esa atención homogénea y con visión biologicista no están cómodos, poniendo en riesgo la legitimidad de su práctica. Situación que también encuentra respuesta en las normas y el diseño de los hospitales.

Otro elemento identificado en la narrativa es que el médico resta importancia a la comodidad de la mujer durante el parto, juzga que, al posicionarse de manera alternativa, representa mayor trabajo para él, mientras que para la mujer se vuelve menos complejo. Con esto, el médico compromete su papel hegemónico, que le autoriza dictar órdenes; ve en riesgo la continuidad de ejercer poder.

Y aunque algunos profesionales de la medicina reconocen que no tiene ningún beneficio, sigue imponiéndose, dejando a las mujeres sin capacidad de decisión sobre sus procesos reproductivos. Por lo tanto, siguiendo la definición planteada por el GIRE, estamos ante un ejemplo de violencia obstétrica, tanto psicológica debido a la imposición de un criterio inadecuado, como física ya que, en esta posición las mujeres experimentan mayor dolor, como se identifica en las narrativas:

En el hospital generalmente es de litotomía ginecológica, debería utilizar la posición que ella desee o que mejor le convenga, pero desafortunadamente te digo, aquí es de litotomía, todavía siguen pasando a la sala de expulsión y ahí es donde se atienden los partos. No tiene ningún beneficio, un bebé puede nacer en cualquier posición, sentada, parada, a lo mejor para el médico tiene una mejor visión, pero para la paciente es más incómodo (Médico 6, HG).

Yo creo que es más beneficio para nosotros como médicos, porque nos facilita mucho más todo el procedimiento, tal vez para ellas no es cómoda porque muchas se han quejado de que “me dan calambres en las piernas” o “ya me duele de estar así” y pues sí es incómodo, doloroso, pero aquí no tenemos mesas especiales (Médica 4, HG).

En la narrativa anterior, la médica resta valor al dolor experimentado por la mujer, ya que considera más importante su propia comodidad al atender un parto, justificando su discurso con las carencias materiales en la institución. Esta postura encuentra sustento en la NOM-007-SSA2-2016, que indica que la atención del embarazo y el parto se llevará a cabo conforme a los recursos disponibles (DOF, 2016), argumento utilizado por el personal médico para negar otras posiciones para parir.

Algo que surgió de manera particular en el CESSA de San Jacinto Amilpas es que a pesar de que el programa que tenía como objetivo implementar el parto humanizado fracasó y que el personal reconoce que la mayoría de los partos son en posición de litotomía, apoya a las mujeres para tomar posiciones menos mecanizadas e invasivas, argumentando que no se requiere de material especial:

Sí, no necesita gran cosa eh. En la misma cama he visto parir señoras, que se agarran nada más y ahí mismo se agachan y órale, de forma vertical dijeras. Y ahí mismo ¡órale!, si así está indicado también incluso eh, en las posiciones, hay varias posiciones que están indicadas, si la mujer se siente más cómoda en una y está indicada “adelante señora” (Médico 2, CESSA).

O sea, nos ha tocado y siempre al menos aquí lo veo eh, sí somos como que más humanos y si ella quiere ponerse en cuclillas, póngase en cuclillas siempre y cuando la cama te lo permita, la mesa, la mesa de partos no te lo permite, es muy angosta pero como está en labor hay dos camas amplias, entonces ahí la puedes poner y “usted si quiere acomodarse así, hágalo” (Médica 4, CESSA).

Surge una conveniente interacción entre el discurso éticamente construido y el discurso hegemónico, en la narrativa se aprecia la ruptura de lo estructuralmente establecido y se posibilita el cambio en la posición para parir. A pesar de no contar con infraestructura adecuada, el personal utiliza el recurso disponible para apoyar a la mujer a parir verticalmente o semi sentada, situación que no se manifiesta en el Hospital General de Puerto Escondido ni en el Centro de Salud de San Juan Chapultepec. Esto permite reafirmar la idea de que la violencia obstétrica no es un problema que se limita a la falta de recursos, no es un tema de origen gerencial.

Si bien existe el reconocimiento de otras posiciones para parir, el marco de acción es limitado ya que los médicos del CESSA permiten que las mujeres se posicionen de manera alternativa únicamente si está indicada la posición, siendo el propio modelo médico dominante quien dicta lo aceptado con base en un marco científico, anulando de acuerdo con Clavreul (1983), lo ajeno a su discurso médico autoritario, por lo que las mujeres están imposibilitadas de ejercer sus derechos reproductivos.

Ahora bien, como se advirtió, el porcentaje de cesárea en Oaxaca es de 45.3% del total de nacimientos (INEGI, 2018), situación alarmante debido a que la OMS recomienda que solo entre 10% y 15% sean por dicha vía. Estamos ante un contexto de cesárea innecesaria, es decir, los profesionales de la medicina deciden efectuarla a pesar de no tener criterios absolutos y encontrarse en un escenario para parto vía vaginal. La vulneración al derecho a decidir radica en que el campo médico ve las demandas de las mujeres como algo popular, con un saber común y no especializado, por lo que debe intervenir sin considerar su opinión, donde además obtiene el consentimiento informado por medio de amenazas o proyección de miedo respecto a la salud de sus hijos.

El exceso de cesáreas es justificado por los profesionales de la medicina debido a la *poca cooperación y compromiso* de las mujeres y sus familias, culpabilizándolos de la situación, por lo que este procedimiento es una forma de castigo, ya que aquello que no se somete al orden médico occidental, es sospechoso de no estar en juicio y debe ser castigado para colocarlo en la racionalidad médica-científica:

En algunas ocasiones sí [participé en cesáreas innecesarias], digo “no, sí debió salir por parto” pero sí ha tocado a veces, más que nada porque hay pacientes que ya no cooperan, y quítalas de ahí, ya no quieren cooperar, entonces a veces le decimos al gineco “ya mejor hay que operarlas” (Médica 3, HG).

El relato de la médica muestra un elemento preocupante, la arbitrariedad con que se realiza una cesárea, donde el argumento es la *desobediencia* de las mujeres. La referencia hecha al médico especialista para intervenir quirúrgicamente es que no se someten al orden médico y por tanto *no están cooperando*.

El siguiente testimonio, es el único que reconoce que la ejecución de una cesárea sin indicaciones absolutas es una forma de maltrato:

Se ve el maltrato hacia las embarazadas, entonces yo siempre trato de darle la confianza a la paciente, decirle “todo va a salir bien” y darle la oportunidad de que sea parto, a mí no me gusta mucho darles cesárea, me gusta darle la oportunidad a la mayoría de que intente trabajo de parto (Médico 2, HG).

Sin embargo, no la identifica como violencia de carácter físico; a su juicio esta violencia no es ejercida por los profesionales de la medicina, asume que deriva en otros escenarios como el hogar, al cuestionarle qué es la violencia obstétrica:

Agresión verbal, psicológica, emocional. Bueno, probablemente sea externa, física pues no, va a ser muy difícil porque aparte a veces es la violencia obstétrica afuera, violencia en la casa, con la pareja, golpes, maltratos, la violencia económica con su pareja y no pueda llevar una atención adecuada, de su control prenatal, y la violencia obstétrica institucional (Médico 2, HG).

Para el médico, la violencia obstétrica no es un tema que encuentre relación con la dinámica de atención, sino que tiene su origen en el hogar, donde la mujer es víctima de su pareja. Sin embargo, conceptualmente está determinada por el proceso de atención y se presenta durante la consulta prenatal, en el parto y el puerperio. Esto nos lleva a un escenario donde el personal médico reconoce la violencia obstétrica, pero como un problema gerencial o familiar, alejándose de lo teóricamente planteado; dicha postura encuentra explicación en la normalización de la violencia en los servicios de salud obstétricos, donde el personal médico y las usuarias asumen como natural la dinámica de atención autoritaria, violenta y patriarcal.

La normalización de la violencia obstétrica lleva a los profesionales de la medicina a desechar argumentos que juzgan su práctica, en nombre del discurso hegemónico que no quiere ni puede saber nada respecto de lo que no le pertenece, ya que no está articulado en su sistema conceptual (Clavreul, 1983). Por lo que la violencia contra las mujeres en sus procesos reproductivos no es identificada por el personal médico como un problema de su práctica, anulando las demandas de la sociedad:

Ya se considera violencia obstétrica si no dejas que pase un familiar, si no dejas que coma, si no dejas que decida la posición, la episiotomía. La gente piensa que las tratas mal si no pasas un familiar, la tratas mal si no la dejas comer bien como ella quisiera comer, que en algunas ocasiones a lo mejor ves que el producto está grande y necesitas hacer, que no está recomendada la episiotomía, es algo que ya no está recomendado, pero si la tienes que hacer, piensa que le cortas, que lo haces por gusto, no es real, es de acuerdo a las situaciones que te encuentras. En mi formación desde que tengo el gusto y el placer de estar en un hospital, no, nunca [he presenciado violencia obstétrica], desde el internado, yo creo que esa no es nuestra función (Médico 5, HG).

El médico no da cuenta de nada, anula los actos violentos. No solo niega la existencia de violencia física sino psicológica, ya que, la forma de atender el parto, con características como la instrumentalización y jerarquización, es reconocida en términos positivos debido a lo socializado durante su formación. Además, normaliza prohibir a la mujer necesidades básicas como comer, ingerir líquidos e ir al baño. Es relevante destacar que lo encontrado en los significados de los profesionales de la medicina, evidencia la realidad en los servicios de salud materna; está normalizada la violencia obstétrica, ya que, a su juicio, la dinámica de atención es adecuada toda vez que las mujeres *no cooperan* en el proceso, por lo que deben ser sometidas.

Por último, dentro de la violencia física, está el exceso de tactos vaginales, algunas veces realizados por distintas personas; provocando dolor, incomodidad y riesgo de infección a las mujeres, como lo evidencia la narrativa:

Cuando hay demasiada cantidad de pacientes pues sí a veces los enfermeros te dicen “doctora, ya la toqué, tiene tanto”, entonces respetas eso, pero sí a veces la institución ha pedido que los médicos somos los que debemos encargarnos de eso por cualquier circunstancia (Médica 3, HG).

La médica justifica la acción con la carga de trabajo, argumenta no tener tiempo para revisar a la mujer, siendo el personal disponible quien realiza el tacto vaginal; a pesar de que el hospital solicitó que solo los médicos sean responsables de realizarlo.

6.5. Violencia institucional/estructural

El tercer componente que integra la violencia obstétrica, es la violencia institucional. Uno de los factores que más contribuye a su presencia, es la pobreza; 70.4% de la población del estado de Oaxaca vive bajo dicha condición (CONEVAL, 2016), viendo vulnerados derechos fundamentales como la salud y la vivienda.

Un elemento que los mantiene bajo el umbral de pobreza es la mala cobertura en el sector salud, cerca de 17% de la población no cuenta con afiliación, mientras que 78.3% de las personas afiliadas a alguna institución, está bajo el régimen del Seguro Popular (INEGI, 2015); esto afecta a las mujeres en su vida sexual y reproductiva ya que atraviesan por caminos sinuosos para acceder a un hospital o centro de salud, comprometiendo la atención del embarazo y parto. Situación identificada en las narrativas del personal médico:

Los casos que yo he detectado que no llevan un control, normalmente son pacientes que bajan de comunidades más aisladas o más lejos, que se les hace, uno por el analfabetismo, la pobreza, la desigualdad, se les hace difícil moverse a un centro donde haya atención. Son las que yo me he dado cuenta, que nos llegan ya complicadas (Médico 2, HG).

También se entiende que hay mujeres que no tienen el recurso económico, no tienen la educación, no tienen ni el acceso, vienen personas de comunidades de tres, cuatro horas de aquí, donde no hay centro de salud. Hay muchas personas que, al menos aquí, no tienen acceso ni siquiera a los servicios de salud. Personas, mujeres que llegan y no hablan ni español siquiera. Cuando a veces viene el familiar y pues medio habla español, entre los dos, medio me dicen, medio me entienden. Y cuando no, ahora sí casi con señas y gestos de que “va a sentir dolor, voy a tocar” y pues nos entienden (Médica 4, HG).

En la narrativa anterior, la médica identifica el bajo nivel educativo y las dificultades económicas como factores que repercuten en la salud materna de las mujeres de la región. Asimismo, la distancia que tienen que recorrer para llegar a un servicio de salud y la falta de personal que entienda su lengua.

También identifica la deficiente cobertura del sistema de salud, que tiene como principal problema el alto porcentaje de afiliación al Seguro Popular, que de acuerdo con Leal (2013), funciona como un ente financiador que oferta un limitado paquete de medidas preventivas mal diseñadas y tiene un sistema de afiliación focalizado, estigmatizante y discriminador, alejado de la universalización de los servicios de salud, por lo que las mujeres ven afectada la atención de su embarazo y parto.

Asimismo, se identifican como elementos de VO la falta de material, medicamento y de espacios físicos especializados, así como la carga de trabajo del personal médico:

También en la pública, en la privada perdón, en la pública es más común [la violencia obstétrica] por la cantidad de trabajo, por falta de personal, por falta de áreas, de áreas exclusivas para atender partos, entonces no hay espacios y las mujeres están en todos lados, o sea en el pasillo y todo (Médico 5, CS).

Apenas nos llegó un medicamento, es el que te digo que se intenta hacer en el condón y la sonda para hacer un tapón y evitar que siga sangrando. Si hubiera tenido en esa ocasión, se coloca, te permite observar, tiene dos entradas, dos salidas para ver si sigue sangrando y por otra manguerita se coloca la solución fisiológica que compacta el útero para que deje de sangrar (Médica 3, CS).

En el relato, la médica del Centro de Salud de San Juan Chapultepec hace referencia al caso de una mujer que tuvo complicaciones durante el trabajo de parto, viendo comprometida su vida debido a la falta de insumos, por lo que la médica utilizó un condón y una sonda para evitar el sangrado de la paciente. Esto es reflejo de la precariedad del sistema de salud no solo de Oaxaca, sino del país en general, donde las políticas gubernamentales condicionadas por el mercado, no han mejorado el escenario de los centros de salud y hospitales, donde el desabasto de medicamentos y equipo quirúrgico es parte del contexto en que el personal médico realiza su práctica, lo que no permite otorgar atención integral.

En el siguiente relato se presenta un discurso éticamente construido, la médica evidencia las carencias institucionales y la falta de cobertura en los servicios de salud de Oaxaca; las identifica como elementos que condicionan a las mujeres de

comunidades lejanas, a asistir a los servicios de salud reproductiva, situación que acrecienta la vulnerabilidad y desigualdad en la que viven; sin embargo, emerge un discurso autoritario que las posiciona como culpables de no atenderse oportunamente, haciendo alusión a una cultura reacia en las comunidades. Existe una disociación entre el discurso ético y el discurso médico autoritario:

El problema es el acceso que tengan nuestras pacientes para realizárselas [pruebas médicas], porque para empezar desde los servicios, muchas pacientes no tienen buen acceso a los servicios de salud y otra, nuestra cultura es a veces muy reacia en acudir al médico. Tenemos comunidades muy pobres, que son ocho horas para acceder a un servicio de salud, a un centro de salud u hospital, hasta doce horas. Entonces eso les dificulta mucho, y muchas de esas pacientes nos llegan acá, y otras porque se sienten bien y ya no van, o sea nuestra cultura es en ese aspecto un poco reacia para acudir. “Estoy bien, no pasa nada”, lo he escuchado muchas veces. “Pues es que ni me sentía mal doctora, ¿para qué?”. No tenemos una cultura de prevención (Médica 1, HG).

Es fundamental reconocer las condiciones laborales del personal médico, así como la deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva en Oaxaca, en vías de comprender la problemática que los asiste en su práctica e implementar políticas que mejoren la dinámica de atención. Sin embargo, no solo las carencias institucionales determinan la existencia de violencia obstétrica, por lo que, una vez logrado el acceso a los servicios de salud, debe garantizarse un trato apegado al profesionalismo que siguiendo a Freidson (2001) es una forma de organización social en búsqueda de justicia social. Esto lo identifica el médico, al considerar que las carencias no deben determinar el trato que el personal otorga:

No, no ciertas actitudes, pero eso es algo personal [actuar violentamente], tu actitud hacia los pacientes no tiene que depender de eso [carencias institucionales], siempre debe ser un trato respetuoso, cordial, amable hacia tus pacientes (Médico 6, HG).

Sin embargo, emerge un discurso hegemónico que justifica el comportamiento violento del personal médico con las carencias institucionales y las condiciones laborales, argumenta que el personal médico no puede dar atención integral si la institución no brinda las condiciones adecuadas para el ejercicio de su práctica; con esto, surge una contradicción con lo planteado en su relato anterior, alejándose de toda responsabilidad y amenaza a su práctica profesional, elemento asociado al ejercicio de una medicina defensiva que se aborda a detalle en el siguiente apartado:

La violencia obstétrica no solo es del personal, también es institucional y es ahí donde está el problema de fondo, no puedes exigirle al personal que atienda muchísimas pacientes y que les dé una calidad de atención, también el estrés laboral para los pacientes, para el personal es importante, ¿cómo puedes atender a alguien bien?, ¿cómo quieres que no te estreses?, ¿cómo quieres un personal que no grite?, si tienes que atender, hacer el trabajo, entonces ahí también radica el problema, donde no puedes dar una atención de calidad si la institución no te brinda como trabajador las condiciones para poder trabajar. Es una situación difícil para los médicos y los pacientes. El médico no tiene las condiciones para trabajar, que debería; los pacientes no tienen un hospital o centros de salud con lo mínimo indispensable para ser atendidos y por eso surgen muchas complicaciones. De repente llegas y tenemos, ahorita venimos de un paro laboral de todo el estado como de tres meses, en donde no se atiende un parto, imagínate lo que eso representa para un paciente que no puede pagar una consulta, que no puede pagar una cirugía, es algo catastrófico, es muy difícil la situación de salud en el estado. Desafortunadamente en la institución estamos con muchos problemas en cuanto a personal, infraestructura y lamentablemente no tenemos esos servicios [taller para embarazadas], nos falta mucho personal, ginecólogos, enfermeras, trabajo social, gente que haga ese trabajo (...). El reto más importante es que toda la población tenga acceso a servicios de salud, la población indígena no es ignorante. A veces sí están marginados, pero por nosotros, es difícil llegar a sus comunidades (Médico 6, HG).

Como refiere el médico, uno de los mayores retos para el sistema es mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, que las mujeres tengan la posibilidad de asistir a consulta prenatal sin que represente un gasto catastrófico. Pero también debe mejorar el servicio dado por los profesionales de la medicina, con base en una relación médico-paciente horizontal, ya que el acceso a los servicios de salud materna, no garantiza un trato digno a las mujeres, por lo que debe ser un trabajo en conjunto, es decir, mejorar la infraestructura, pero también modificar la forma en que el personal médico afronta los procesos reproductivos.

Si bien se reconocen las condiciones en que se otorga atención a la mujer gestante, se cuestiona el discurso médico que ve en la violencia institucional el origen de la violencia obstétrica, ya que es un componente, más no su origen. Esto provoca que los profesionales de la medicina se enfoquen en las fallas estructurales y normalicen o no identifiquen la violencia física y psicológica, como se observa en el testimonio de la médica que niega la existencia de violencia obstétrica:

Yo diría que no existe una violencia obstétrica, yo creo que es, me estás preguntando a mi como médico. No es una violencia obstétrica, porque no es lo mismo que yo le pueda decir a una mujer que no tiene dolor a una que sí tiene dolor, no es lo mismo que yo pueda platicar contigo cuando tú estás irritable a cuando no estés irritable, entonces tu reacción va a ser diferente y vas a pensar que te estoy gritando, que te estoy humillando, que te estoy insultando o te estoy regañando. A que si yo te agarro en otro momento donde no tienes dolor, no tienes otros problemas, vas a pensar que te estoy dando una orientación (Médica 7, CS).

El relato aporta elementos que permiten comprender la normalización de la violencia obstétrica: con argumentos como “no es lo mismo que yo pueda platicar contigo cuando tú estás irritable a cuando no estés irritable”, la médica expresa que la violencia obstétrica es un problema de interpretación y que ésta depende en principio del estado físico y emocional de la paciente; restando importancia a las demandas de la sociedad, vistas como algo terrenal y sin sustento médico-científico.

Posteriormente dirige su argumento a la carga de trabajo, justifica el comportamiento del personal médico con la cantidad de pacientes atendidos durante la jornada laboral. Refiere que la población ejerce, en términos de Castro y Villanueva (2018), violencia contrahegemónica, ya que los trata inhumanamente por no considerar el contexto en que llevan a cabo su práctica, sin embargo, no identifica el ejercicio de poder del personal médico sobre el cuerpo de las mujeres:

Sin embargo, sí existe el hecho, a lo mejor habrá compañeros que no es la única paciente que atienden, ese día hubo una sobresaturación de pacientes y resultó que tú eres el paciente número 50 y en trabajo de parto, entonces ¿cuál fue el problema, la causa?, atendió muchos pacientes, lo agarraste al final del turno, cansado, no ha comido, no ha ido al baño, estaba el médico estresado. ¿Y quién fue la causa de estrés del médico?, lo saturado, cincuenta pacientes, el paciente que está allá afuera no sabe si el médico ya desayunó, el médico tiene que tomar agua, tiene que salir a respirar un poco de aire y en ese momento se toma un lonche; el paciente que está allá con dolor quiere que lo atiendan, a mí no me importa cómo esté el médico y yo creo, nos estamos tratando deshumanamente. Yo como médico sé que tú necesitas una valoración, pero yo vi tres, cuatro, entonces creo que se quitarían ese marco de decir violencia obstétrica porque en sí no existe, pero si tú te pones “uy cómo le habló”, sí, pero pregúntale al doctor por qué habló así exaltado, gritando, ¿por qué?, porque existe una razón (Médica 7, CS).

Asimismo, compara la relación médico-paciente con una relación en el hogar; muestra en términos autoritarios, la necesidad de ejercer poder para reestablecer los roles socialmente asignados:

Es como en la casa, en la familia, el matrimonio nunca va bien, llega un momento en que va a ser necesario eso para corregirlo, para decir “oye, es que está mal”, cuando la paciente llega y dice “es que doctor, yo quiero una cesárea, ya no aguanto el dolor”, “momento, tranquila, todo va bien, no es necesario, no lo amerita”. ¡Ah!, pero no le gustó porque le dijeron que no lo ameritaba (Médica 7, CS).

Las expresiones de la médica son en nombre de una medicina masculina, que ostenta un poder con funciones normalizadoras y juega un papel político-social; se ha convertido en una medicina de Estado que busca con el biopoder (Foucault, 2000), la disciplina, regulación y control del cuerpo femenino.

Los elementos emergidos en el relato, evidencian la normalización de la violencia, que es “punto clave en el aparato del orden normativo de la sociedad que, al igual que la aparición del mercado, se monopoliza de forma legítima en el Estado con un aparato claro de normas destinadas a su aplicación” (Arteaga y Arzuaga, 2017: 60).

6.6. Estigmatización de la práctica médica

Un elemento que surgió en el análisis de las entrevistas, fue la construcción de un discurso alrededor de la estigmatización de la práctica médica, donde los profesionales de la medicina se presentan como víctimas del contexto institucional y de la sociedad. De acuerdo a las narrativas, la población no confía en su trabajo, ejerce un juicio sobre su profesión con base en información falsa y tergiversada por los medios de comunicación.

El siguiente testimonio da cuenta de la situación, donde además surge otro elemento a analizar: la médica considera que los programas que buscan humanizar el parto son implementados únicamente para la obtención de recursos, sin que representen una mejora en la atención; no reconoce que los médicos, al ser parte de un campo hegemónico, anulan con un carácter totalitario nuevas formas de intervención, ya que ven en riesgo la legitimidad de su campo y su práctica profesional:

Ya ahorita satanizan mucho el trabajo médico, sinceramente con todo lo que hubo de violencia obstétrica y todo como tal para el parto humanizado, también debemos entender que muchas veces los programas finalmente se hacen para bajar recursos y justificarlos, y no necesariamente todo es como lo pintan. Un parto humanizado es, yo lo veo así, es en el trato que tú le das a la paciente, ya ahorita se me hace absurdo que habiendo tantos avances, tantos estudios, realmente queramos volver a cosas que no van; que las parteras, porque eso también lo vemos, las parteras han tenido mucho y no se les complica y es

como de “bueno pero qué hace una partera”, a lo mejor el número de hemorragias y todo es completamente disparate, pero muchas veces también debemos tomar en cuenta que no hay registro de todas las complicaciones de las parteras, que cuando se hacían todos esos datos también había mucha muerte materna pero no había registro, no existe el registro, entonces hay cosas dentro del parto humanizado que estoy de acuerdo, hay otras que no estoy de acuerdo, tan es así que el caso de la inglesa que promovía tanto el parto humanizado falleció en su casa (Médica 4, CESSA).

El rechazo a nuevas formas de atención también radica, retomando a Camacaro (2009), en que la eficiencia de la práctica médica se logra con la estandarización de la atención obstétrica. La médica define de absurdo, imprudente y peligroso que, ante los avances en la medicina, se sigan otorgando espacios a la partería; emite un juicio contra las mujeres que continúan en búsqueda de atención alternativa. Asocia la muerte materna con el trabajo de las parteras; retoma el caso de la defensora del parto en casa quien falleció durante su trabajo de parto, experiencia que es utilizada por los profesionales de la medicina para desacreditar la partería y mantener la legitimidad de la práctica médica occidental. De igual forma busca contrarrestar importancia a los problemas que enfrentan los profesionales de la medicina respecto a la violencia obstétrica. Bajo estos argumentos, se entiende el fracaso del programa de parto humanizado implementado en el CESSA.

Asimismo, responsabiliza a las mujeres por la estigmatización de la práctica médica; expresa frustración y enojo ante el intento de defensa de los derechos reproductivos:

Desgraciadamente la mala información, el internet también afecta, vienen ellas satanizando el acto médico y te soy sincera, o sea hay veces que “señora si no va a permitir, ¿a qué viene?”, “si no va a permitir todo eso, ¿a qué viene?”, ¿por qué?, porque uno ya llevó esa formación y obviamente también debe entender la paciente y todos los que hacen ese tipo de publicaciones que uno está para proteger la salud, jamás yo creo que haríamos un acto en contra de, entonces uno actúa siempre pensando en pro de la vida, que sí hay ciertas complicaciones pero nunca lo haces de manera intencional (Médica 4, CESSA).

Expresiones como “*si no va a permitir todo eso, ¿a qué viene?*” son ejemplo de un desencuentro en la relación médico-paciente; son hechas en función del campo autoritario del que es parte, determinando que el discurso médico, ese discurso con base científica es el único aceptable, eliminando la opinión de las mujeres y reduciendo la capacidad de decisión sobre su salud reproductiva.

En defensa del campo médico, define que su práctica está dirigida a cuidar la salud de los pacientes, pero esto nos permite cuestionar los actos de violencia que ejerce el personal no solo contra la mujer gestante, sino hacia pacientes con enfermedades crónicas, donde el establecimiento de una relación jerárquica lleva al ejercicio de poder, culpabilizándolos por su condición, afectando su estado físico y emocional.

Se identifica en el discurso médico una relación entre las condiciones del sector salud en Oaxaca y la estigmatización de la práctica médica:

El estado y la Secretaría de Salud ha estado un poco abandonado, muchas carencias en la institución y eso a veces hace que no demos una atención 100% como quisiéramos, hace que la atención sea un poco desfavorable y eso en el medio externo se riega rápido, una buena atención difícilmente te va a recomendar, pero cuando das mala atención te sacan en la radio, te anuncian y se corre. Entonces la gente empieza a hacerse una idea, este hospital en algún momento lo consideraron como el hospital de la muerte porque la gente “no, yo no voy a ir ahí porque matan a la gente”. [La situación institucional] hace que nos enfrentemos a una población que no confía en los médicos o no confía en el hospital, desde ahí es una traba para dar atención de calidad (Médico 2, HG).

Los errores sí, como todo, le pegan a cualquiera, te desacreditan, hace que se desenamoren de nosotros, pero dependiendo de lo que haya ocurrido, a veces los medios de comunicación y la información tergiversada cambian la realidad de los hechos y no podemos evitarlo, es como ver pasar a las aves y a ver detenlas, así se va la información, de repente llegó toda mal y resulta que al que siempre ven como centro de, el médico, “el médico tuvo la culpa, ese lugar está maldito”, entonces realmente no es así. Se muere la mamá, ¿culpable

quién?, el médico no, tú no rompiste el útero, tú no esperabas que se diera esa ruptura, se dio, ocurre, ¿por qué?, quién sabe, hay causas, hay mujercitas que tienen varios legrados antes de un embarazo eh, y eso vuelve más susceptible al útero para que pueda sufrir un daño y a veces ni lo dicen. A veces ya tenemos poco tiempo, si se complica algo como que haya un padecimiento dentro de su embarazo, no lo sabe ella ni lo sabemos nosotros, lo descubrimos de un ultrasonido, ahí a veces el culpable es el médico y no, no siempre verdad (Médico 2, CESSA).

El médico del CESSA hace un prejuicio del ejercicio libre de la sexualidad de las mujeres -sin conocerlo- como causa de sus problemas en salud, en búsqueda de argumentos que expliquen eventualidades como la muerte materna o problemas en la salud del hijo, o para justificar malas prácticas, evitando responsabilizar al campo.

Los profesionales de la medicina reflejan frustración, se sienten amenazados e inseguros; consideran que los medios de comunicación ponen en evidencia su trabajo, su desempeño y la confiabilidad de sus intervenciones, teniendo como consecuencia que la población estigmatice su práctica. De igual forma, presentan un discurso que culpa a la mujer gestante por la estigmatización, bajo argumentos de poca cooperación, dado que, a su juicio los problemas en la dinámica de atención obstétrica son responsabilidad de las mujeres por no seguir las instrucciones del personal médico, ya que su profesión solo busca el bienestar de la población.

Asimismo, identifican que el desencuentro entre la población y el personal médico, dado por la mayor difusión de casos de violencia obstétrica y muerte materna en la entidad, ha incurrido en más demandas:

Desafortunadamente por ese tipo de fenómenos [violencia obstétrica] nos están dando mucho las demandas, tanto a nivel jurídico como de derechos humanos, porque no tenemos cordialidad por la carga de trabajo, por la falta de insumos o por algunas cuestiones personales que tengamos cada quien, en no atender al paciente como nos gustaría que nos atendieran a nosotros (Médica 4, CS).

En los relatos, el personal médico asocia la estigmatización a las condiciones del sistema de salud en la entidad, sin embargo, las demandas de la sociedad surgen también por la mala práctica médica. La población no confía debido al establecimiento de una relación vertical, por el ejercicio de poder sobre los cuerpos de las mujeres y el despojo de sus derechos sexuales y reproductivos. Esto refuerza la idea de que el personal médico identifica la violencia institucional, más no la violencia física y psicológica, ya que está normalizada en su práctica.

6.6.1. Medicina defensiva

En el análisis de la información emergió la categoría *medicina defensiva*, entendida como la aplicación de procedimientos y tratamientos con el propósito de defender al médico y contar con evidencias documentales ante una posible demanda (Ortega, Méndez y López, 2009). Deriva de la estigmatización de la práctica médica e inicia su predominio como consecuencia del contexto laboral en Oaxaca y del incremento de casos de violencia obstétrica que se difunden en diferentes medios de comunicación. Ante esto, el personal médico intenta evitar sanciones, como lo plantea el testimonio:

Tuvimos un caso de una paciente que tenía datos de preeclamsia, ella vino aquí, en ese momento no tenía los signos elevados, alterados más bien y de todas maneras se le orientó, venía con su mamá, pero a mí no me tocó, vino en otro turno, se le dieron los datos de alarma, se va a su casa, continúa mal pero ahí lo que hacen es ahora llevarla al hospital directamente, ya en el Hospital Civil ella convulsionó, ya tuvo muerte cerebral y ya no quedó nada, más que desconectarla, entonces fue un caso muy sonado, fue apenas el año pasado y que sigue en demanda. Pero ahí están los riesgos, una por edad de que también los papás, la responsabilidad que llevan, no las orientan, no las cuidan, no las saben ayudar a identificar todos esos datos y al final siempre es culpa del médico, que sí tenemos parte de responsabilidad, eso es claro, pero también ellos, entonces esto es compartido y no se ve, no se ve todo lo que impacta en la sociedad y en la profesión ese tipo de casos (Médica 4, CESSA).

En el caso de muerte materna mencionado, la médica enjuicia a los familiares, los revictimiza al señalarlos como incapaces de orientar y ayudar a la mujer. A esto se le suma la violencia institucional, que en momentos el personal no alcanza a identificar, por estar colocado en un discurso que responsabiliza a la mujer y a su familia. Esto se aleja del sentido de un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud.

Un elemento que emerge para defender los derechos de las mujeres es el consentimiento informado, pero en la práctica se ha convertido en un recurso para la defensa legal de los profesionales de la medicina; por miedo a involucrarse en situaciones que pongan en riesgo la continuidad de su práctica, lo utilizan más como mecanismo de defensa –para evitar sanciones y demandas legales- que por ser un derecho en salud reproductiva. La siguiente narrativa da cuenta de esto y muestra que dar un trato apegado a los derechos sexuales y reproductivos se percibe como una degradación hacia la práctica médica occidental:

No puedes hacer ninguna acción si ella no lo consiente, entonces hay consentimientos informados y ahorita con todo esto, las cosas legales, hay consentimientos informados para todo. Entonces tú le vas a decir “sabes qué mijita, te voy a hacer un tacto, ¿me dejas?, ¿me permites hacerte un tacto?”. Ante todo, es la información, para que no haya manejo de mala información o que “no me informaron, a mí no me dijeron” (Médica 1, HG).

Incluso, hay personal médico que utiliza el ingreso de la familia como recurso de defensa, mostrando las condiciones en que se encuentra la mujer, los procedimientos que se ejecutan, así como la infraestructura con la que cuentan. Con esto, busca evitar responsabilidad ante las complicaciones que se presenten:

Siempre se pasan con ellos para que vean desde que uno las está revisando y se les explica paso a paso qué es lo que se les va a hacer, en qué condiciones vienen llegando. Luego hay pacientes que, si tú las quieres tocar “ay”, brincan o meten la mano. No falta la paciente que diga “es que me están maltratando”, entonces cuando la paciente dice que no, es no y en ese momento se pide que el familiar entre para que nos ayude a interceder (Médica 3, HG).

En la narrativa, la médica resta importancia a la incomodidad de la mujer, así como a su juicio sobre la calidad de la atención. Asimismo, si bien acepta que no se realiza ningún procedimiento sin la aceptación de la mujer, hace uso de la familia en tres sentidos: el primero como mecanismo de vigilancia y control, para reingresarla a su papel de cooperadora, donde afrontará el proceso con pasividad y subordinación; el segundo como defensa, ya que busca culpar a la mujer con su familia sobre los problemas que surgen en la dinámica de atención; por último, los familiares son utilizados como transmisores de las instrucciones del personal médico.

El tema de las demandas y problemas legales es una situación preocupante para los profesionales de la medicina, se presentan como víctimas del contexto bajo el que ejercen su práctica y se defienden ante la criminalización de su profesión. Sin embargo, un hallazgo alarmante es la relación entre el ejercicio de la medicina defensiva y el aumento de cesáreas, que como se ha advertido, en Oaxaca 45.3% (INEGI, 2018) de los nacimientos son por esta vía; el personal médico ante el miedo o la preocupación que experimenta por las complicaciones de un parto, realiza dicho procedimiento quirúrgico:

[Se realiza cesárea innecesaria] por miedo a que se complique, por presión de los familiares, a veces por presión de la misma paciente, porque ya actualmente es lo que te digo, es mucho el tema en cuanto a la muerte materna que también ya, o sea, en todos los temas pero en relación a ese ya hay una medicina defensiva, entonces tiendes más a actuar para prevenir una demanda que una complicación, porque incluso la cesárea tiene sus complicaciones pero no lo ves así, o sea ves cuántas más te vas a evitar o para deshacerte de ellas. Entonces cuando generalmente y lo hemos vivido cuando son pacientes complicadas o con familiares complicados, es de “sabes qué ya opérala mejor, o sea se va a complicar”. Porque les estás explicando “es que mire no se le quita el dolor de verdad”, “sí señor, pero va a doler”, “o sea ya le expliqué, el trabajo de parto lleva su tiempo”, nos pasa mucho con primerizas entonces es la primera vez que pasa por todo este proceso su cuerpo, entonces tiene que ser paciente, “no, pero si le pasa algo al bebé sobre usted” y ya estás con esa

presión, entonces se va a complicar. Algo sucede, porque sí nos ha pasado, sucede y se complican, entonces es de “ya párala o refiérela” y es lo que solemos hacer, pero es más eso lo que te influye a actuar (Médica 4, CESSA).

La médica expresa que la difusión de la muerte materna en la entidad ha llevado al ejercicio de una medicina defensiva, presentada por el personal como un recurso ante lo que considera un sometimiento del libre ejercicio de la práctica médica, dado por quienes reclaman y defienden los derechos de las mujeres. Sin embargo, ésta recrudece la violencia contra la mujer gestante, ya que tiene características como la ruptura de la relación médico-paciente, así como la medicalización y patologización del parto (Ortega, Méndez y López, 2009). En el relato se identifican eventos de violencia psicológica y física asociados a esta práctica defensiva: por un lado, culpabiliza a la mujer por no someterse al orden médico; y por el otro, ante esta *desobediencia*, decide no interactuar con la paciente y referirla con el especialista para realizar una cesárea sin indicaciones absolutas.

Asimismo, se ha identificado en otras investigaciones (Calvo, Torres y Valdez, 2019; Tena y Sánchez, 2005), que la medicina defensiva lleva a comportamientos inapropiados, poco éticos y costosos, dado que se ejecutan procedimientos que atentan contra los derechos de las pacientes.

Por lo anterior, es fundamental mejorar la infraestructura de los servicios de salud, abastecer de medicamento y equipo a las unidades médicas, y trabajar con los profesionales de la medicina con el objetivo de que ejerzan una atención asertiva caracterizada por el establecimiento de una relación horizontal, el respeto a los derechos de los pacientes y apego a los principios éticos de la profesión, tomando en cuenta aspectos socioculturales y económicos propios de la comunidad.

CONCLUSIONES

El tema de la violencia obstétrica en una entidad como Oaxaca, donde los servicios de salud son escasos y las limitaciones que el personal médico tiene respecto a los recursos materiales y de infraestructura, nos lleva a pensar que estamos ante un problema de origen gerencial y que la solución radica en la mejora de infraestructura y mayor asignación de presupuesto al sector salud. Sin embargo, el tema es sumamente complejo y su estudio no debe limitarse a la falta de recursos; es fundamental analizar la dominación de lo masculino sobre lo femenino, que por medio de la estructura y el orden social –que funciona como máquina simbólica que tiende a ratificar esta dominación-, distribuye estrictamente “las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos; es la estructura del espacio, con la oposición entre el lugar de reunión o el mercado, reservado a los hombres, y la casa, reservada a las mujeres” (Bourdieu, 2000: 11), determinando el papel tan devaluado de las mujeres en la sociedad, destinado a las tareas domésticas sin oportunidad de trascender en el ámbito académico o profesional. Asimismo, es esencial analizar el campo médico, que, con la institucionalización y expropiación de la vida reproductiva, mantiene a las mujeres sometidas al orden médico, ya que el contexto patriarcal que define el papel de las mujeres en la sociedad mexicana, se ha extendido a diversos ámbitos, uno de ellos las escuelas de medicina. La formación del futuro personal médico está afectada por esto; socializar que el papel de las mujeres es de subordinación y cooperación, contribuye a la normalización de la violencia de género, y una vez posicionados en su práctica profesional, asumen como natural el trato violento contra las mujeres en sus procesos reproductivos.

Por lo anterior, esta investigación visibiliza la violencia obstétrica en Oaxaca como un problema propiciado por el ejercicio de poder, del biopoder en sus dos niveles, tanto desde la anatomopolítica como desde la biopolítica, subordinando a las mujeres en la sociedad y particularmente en los servicios de salud sexual y reproductiva; así mismo evidencia que el Modelo Médico Hegemónico es un elemento que afecta el proceso de atención del embarazo y el parto en las instituciones de salud.

Se identificaron diversos elementos que aportan a la comprensión de por qué los profesionales de la medicina ejercen violencia obstétrica: la socialización que experimentan durante su formación y una vez enrolados en la práctica profesional, está afectada por el Modelo Médico Hegemónico, caracterizado por ser clasista, racista y masculino, por lo que adquieren un habitus médico autoritario. Derivado de esto, ven a las mujeres como seres que no pueden afrontar su vida sin la tutela de una figura masculina. Por ello y desde su pertenencia al campo, los profesionales de la medicina normalizan la violencia, ven en términos positivos ejercer poder sobre las mujeres, adoptar y replicar actitudes y procedimientos que las mantengan en un rol de cooperación, dado que éstos desde su posición no solo científica sino masculina, dictan los procedimientos a seguir. Este poder les es conferido por el propio Estado a través del monopolio de las prácticas en salud.

La interiorización de la estructura del campo médico, que se caracteriza por ser jerárquico y autoritario, es un elemento que facilita la presencia de violencia obstétrica, dado que los profesionales de la medicina consideran adecuado subordinar a las mujeres ante el discurso dominante, perdiendo la posibilidad de jugar un papel protagónico en sus procesos reproductivos, que han sido expropiados por la medicina occidental con el objetivo de controlar el cuerpo femenino y posicionarlo ante las necesidades sociodemográficas y económicas del Estado y del mercado; la violencia obstétrica se vuelve un mecanismo de control.

Otro elemento importante es el significado de los procesos reproductivos, los profesionales de la medicina ven el embarazo y el parto como eventos patológicos que afectan la salud de las mujeres. Esta visión dirige al personal a medicar e instrumentalizar dichos eventos, desencadenando la estandarización de la atención obstétrica –asociada al ejercicio de una práctica médica distante, desapegada y poco ética- y por consecuencia, se elimina la carga sociocultural de determinados grupos.

Ante las denuncias de violencia obstétrica en América Latina y particularmente en México, algunos gobiernos la han tipificado como delito dentro de sus leyes y códigos penales, siendo una acción importante para su abordaje, sin embargo, no existen políticas públicas complementarias que permitan mejorar los procesos de atención

del embarazo y el parto. Si la manera de enfrentarla se limita a tipificarla como delito, será vista como un problema aislado, que es responsabilidad solo de quien la ejerce. Asimismo, se estigmatizará la práctica médica y el personal al ver amenazada su integridad profesional, ejercerá una medicina defensiva que como se destaca en los resultados de la investigación, lleva a comportamientos que recrudecen la violencia contra las mujeres. Esta forma de afrontar la violencia obstétrica no permite analizar otro elemento importante y que es clave para su erradicación: la responsabilidad del Estado de proveer servicios de salud con nivel técnico y humano que garantice la seguridad de las mujeres. También es un llamado de atención para las Instituciones de Educación Superior que están formando a los futuros profesionistas.

Por todo lo anterior, se hacen algunas recomendaciones en búsqueda de eliminar la violencia obstétrica:

- Incorporar la perspectiva de género a la enseñanza médica, ya que un elemento por el que se ejerce violencia contra la mujer gestante es por su condición de mujer, por lo que está subordinada ante una figura masculina y debe acatar lo establecido por el discurso médico hegemónico, situación que debe ser modificada; que desde las escuelas de medicina se enseñe a los futuros profesionistas que las mujeres no juegan un papel de cooperación, sino que son protagonistas de sus procesos reproductivos, mientras que el personal médico tiene un rol de apoyo.
- Asimismo, es fundamental que la salud sexual y reproductiva sea integrada a los currículos universitarios, con una visión que no esté limitada a factores clínico-biológicos; es decir, que los aspectos socioculturales sean considerados en el proceso de enseñanza. Así, una vez que el personal médico ingrese al sector laboral, no experimentará la brecha entre lo teórico y lo práctico.
- Trabajar en las escuelas de medicina e instituciones del sector, con el objetivo de crear una socialización menos jerarquizada; que los estudiantes no sean objeto de violencia durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, rompiendo así la cadena de violencia donde, por la propia estructura del campo médico, son el personal con menor jerarquía, junto con los pacientes, los más vulnerables.

- Realizar talleres sobre parto humanizado, tanto a personal médico como de enfermería, así mismo a los responsables de las unidades médicas, con el objetivo de modificar el modelo de atención, con características más apegadas a la calidez, empatía y respeto a los derechos reproductivos; esto permitirá concientizar al personal de salud que el embarazo y el parto son eventos fisiológicos, por lo que el modelo de atención debe ser distinto al que se otorga a un enfermo, es decir, menos mecanizado y homogéneo, tomando en cuenta las necesidades y el entorno sociocultural que rodea a cada mujer.
- Por último, a pesar de no ser el tema central de la investigación, es fundamental reconocer la partería y el nacimiento en espacios no hospitalarios como alternativas de atención del embarazo y el parto, particularmente en una entidad como Oaxaca donde la población está sumamente arraigada a sus usos y costumbres, y que además sufre en el acceso a los servicios de salud. Esto será posible en la medida que los profesionales de la medicina comprendan que la carga sociocultural de la mujer determina el proceso salud/enfermedad/atención.

Asimismo, reconocemos que el capital cultural de un grupo social determina sus formas de significación y que éste se encuentra definido por la cultura prevaleciente y el lugar que cada grupo humano ocupa en la sociedad. Alrededor de dicho capital cultural, se configuran grupos humanos a los que podemos considerar etnias, y esta condición atraviesa la forma de vida de los sujetos que las constituyen.

Pero explorar esta vertiente corresponde a un enfoque intercultural que no estuvo contemplado en la presente investigación ya que se alejaba de los objetivos planteados. Asimismo, el trabajo de campo no arrojó elementos suficientes para su consideración y análisis, dado que esta investigación se limitó a estudiar la dinámica de los procesos de atención, así como el significado del embarazo, del parto y de la violencia obstétrica para los profesionales de la medicina. Dadas las limitaciones de la investigación y el reconocimiento del papel que juegan categorías como cultura y etnia en el proceso salud/enfermedad/atención, así como el alcance explicativo que tienen en ciertos contextos respecto a la violencia obstétrica y su normalización, recomendamos se continúen estudios con una perspectiva intercultural.

Por último, es importante precisar que a pesar de que el problema de la violencia obstétrica es analizado desde la estructura social, así como del campo y el habitus médico, y que se realizaron entrevistas a profesionales de la medicina, no se busca estigmatizar la práctica médica. La investigación no pretende responsabilizarlos sobre un problema tan complejo, sino que busca trabajar a futuro con ellos, así como con las instituciones de educación superior y las dependencias del sector salud para generar conciencia sobre el daño causado a las mujeres y así crear un habitus menos autoritario que les permita responder ante las necesidades de éstas y respetar sus derechos sexuales y reproductivos. Esto tiene como objetivo establecer las bases para modificar la atención del embarazo y el parto, y lograr que las mujeres tengan una vida libre de violencia durante sus procesos reproductivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agostini, C. (2001). *Médicos y parteras en la Ciudad de México durante el porfiriato*. En G. Cano y G. Valenzuela (coords.), *Cuatro Estudios de Género en el México Urbano del Siglo XIX* (pp. 71-95). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, L. (1993). *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Altamirano, N. (2017). Paro labores por temor a deslave en Centro de Salud de San Juan Chapultepec, Oaxaca. *NVI Noticias*, 10 de octubre. Disponible en: <https://www.nvinoticias.com/nota/72827/paran-labores-por-temor-deslave-en-centro-de-salud-de-san-juan-chapultepec-oaxaca> [Consultado 06-08-2019].
- Amnistía Internacional (2016). El Estado como “aparato reproductor” de violencia contra las mujeres. México: Amnistía Internacional.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), pp. 145-169.
- Arteaga, N. y Arzuaga, J. (2017). *Sociologías de la violencia*. México: Flacso México.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Disponible en: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf> [Consultado 14-02-2020].
- Audelo, J. (2007). Organizaciones sociales y partidos políticos en Oaxaca: sus vínculos. *Política y Cultura*, 27(primavera), pp. 57-74.

- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), pp. 25-34.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), pp. 93-111.
- Berlinguer, G. (1996). *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Invitación a una sociología reflexiva*. Madrid: Siglo XXI.
- Calvo, O., Torres, M. y Valdez, R. (2019). Obstetric violence criminalised in Mexico: a comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sex Reprod Health*, 0, pp. 1-8.
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), pp. 147-162.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- Carrillo, A. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS*, 19, pp.167-190.
- Castro, R. (2014a). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), pp. 167-197.
- Castro, R. (2014b). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), pp. 339-351.
- Castro, R. y Villanueva, M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*, 36(108), pp. 539-569.

Castro, R. y Villanueva, M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, 34(97), pp. 73-113.

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. CEFP (2017). *Recursos identificados para el estado de Oaxaca en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2017*. Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/edospef/2017/ppef2017/Oaxaca.pdf> [Consultado 10-10-2019].

Cervantes, A. (1999). *Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: una propuesta analítica*. En B. García (coord.), *Mujer, género y población en México* (pp. 363-429). México: El Colegio de México: SOMEDE.

Ciudadanía Express (2019). Reaperturan Centro de Salud San Juan Chapultepec "Quijotes". *Ciudadanía Express*, 11 de junio. Disponible en: <https://www.ciudadania-express.com/2019/noticias/reaperturan-centro-de-salud-de-san-juan-chapultepec-quijsotes-> [Consultado 15-07-2019].

Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género. CONSAVIG (2018). *Estadísticas y datos, denuncias por violencia obstétrica*. Disponible en: http://www.jus.gob.ar/media/3283115/datos_violencia_obst_trica_2017.pdf [Consultado 25-04-2019].

Congreso de la Nación Argentina (2009). *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Disponible en: http://www.cnm.gob.ar/legNac/Ley_26485_decreto_1011.pdf [Consultado 14-12-2018].

Congreso de la República de Guatemala (2017). *Iniciativa que dispone aprobar ley para prevenir y sancionar la violencia obstétrica en Guatemala*. Disponible en: <https://www.congreso.gob.gt/wp-content/plugins/iniciativas-de-ley/includes/uploads/docs/Registro5243.pdf> [Consultado 12-01-2019].

Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica. CNCLVD (2015). *Plan de Acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional*. Disponible en: goo.gl/3kw89T [Consultado 08-10-2018].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL (2015). *Índice de rezago social: presentación de resultados*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Indice_Rezago_Social_2015/Nota_Rezago_Social_2015_vf.pdf [Consultado 28-10-2019].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL (2016). *Resultados de pobreza en México 2016*. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx [Consultado 12-09-2019].

Consejo Nacional de Población. CONAPO (2014). *Tasa global de fecundidad y Tasa de Fecundidad Adolescente, 2009 y 2014*. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Tasa_Global_de_Fecundidad_y_Tasa_de_Fecundidad_Adolescente_2009_y_2014 [Consultado 07-05-2019].

Cortina, A. y Martínez, E. (2001). *Ética*. Madrid: Akal.

Cruz, S. (2019). Médicos internos del Hospital Civil realizan paro de labores. *El Imparcial*, 8 de febrero. Disponible en: <http://imparcialoaxaca.mx/lacapital/274104/medicos-internos-del-hospital-civil-realizan-paro-de-labores/> [Consultado 15-08-2019].

De Bruyn, M. (2003). *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y salud pública*. Carolina del Norte: Ipas.

De Oliveira, A., Diniz, S. y Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 360, pp. 1681-1685.

Diario Oficial de la Federación. DOF (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Disponible en: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1589> [Consultado 07-09-2018].

Diario Oficial de la Federación. DOF (2017). *Ley General de Salud*. Disponible en: <https://cutt.ly/FeRgsTu> [Consultado 07-09-2018].

Erviti, J. (2010). *Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos*. En A. López y R. Castro (Eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 101-122). Montevideo: Universidad de la República: CRIM-UNAM.

Fernández, J. (2017). Violencia obstétrica en contextos de crisis de salud. *Amnistía Internacional*, 02 de agosto. Disponible en: <https://cutt.ly/PeDnysp> [Consultado 10-11-2019].

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.

Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2000). *Defender la Sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic. On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gaceta Oficial del Estado de Veracruz (2010). *Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave*. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Veracruz/wo77137.pdf> [Consultado 10-11-2018].
- GIRE (2015a). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
- GIRE (2015b). *Niñas y mujeres sin justicia*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.
- Granda, E. (2000). Formación de salubristas: algunas reflexiones. *La Salud Colectiva a las puertas del siglo XXI*, 13-18 febrero 2000. Quito: OPS.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), pp. 1-19.
- Hernández, D. et al. (2012). Complicaciones maternas y neonatales secundarias a parto vaginal instrumentado con fórceps. *Revista de Investigación Médica Sur*, 19(2), pp. 52-55.
- Herrera, C. (2010). *De "pacientita" a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México*. En A. López y R. Castro (Eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (pp. 75-99). Montevideo: Universidad de la República: CRIM-UNAM.

Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: <https://cutt.ly/6yBOAXI> [Consultado 15-10-2019].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2015). *Encuesta Intercensal 2015: principales resultados*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf [Consultado 10-06-2019].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016*. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf [Consultado 05-04-2019].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf [Consultado 19-06-2019].

Instituto Nacional de la Mujer. INAMU (2013). *Ley 82 Tipifica el Femicidio y la Violencia contra la Mujer*. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf [Consultado 05-05-2019].

Laurell, C. (1994). *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*. En Ma. Rodríguez (coord.) *Lo biológico y lo social*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101 (pp. 1-12). Washington, DC: OPS-OMS.

Leal, G. (2013). ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”. *Estudios Políticos*, 28(enero-abril), pp. 163-193.

López, O. y Peña, F. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Revista de Medicina Social*. 1(3), pp. 82-102.

- Medina, O. (2015). *Derecho a la salud y clases sociales*. En O. López y S. López (coords.), *Derecho a la Salud en México* (153-174). México: UAM.
- Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), pp. 593-604.
- Menéndez, E. (1992). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. En R. Campos (comp.), *La Antropología médica en México* (pp. 97-113). México: Instituto Mora: UAM.
- Menéndez, E. (2010). *Modelos, experiencias y otras desventuras*. En J. Haro (Org.), *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 33-66). Argentina: Lugar Editorial.
- Merton, R., Reader, L., y Kendall, P. (1957). *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. MIMPV (2016). *Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021*. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/plan-nacional/plan-nacional-contra-la-violencia-de-genero-2016-2021/> [Consultado 20-05-2019].
- Morales, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educación Médica*, 12(2), pp. 73-82.
- Ollaquindia, R. (2015). Acusan a diputada Guadalupe Medina de plagio en un documento leído ante el pleno. *La Jornada Zacatecas*, 19 de febrero. Disponible en: <http://ljz.mx/2015/02/19/acusan-diputada-guadalupe-medina-de-plagio-en-un-documento-leido-ante-el-pleno/> [Consultado 13-10-2018].
- Ordorica, M. (2014). 1974: momento crucial de la política de población. *Papeles de población*, 20(81), pp. 9-23.

- Organización de las Naciones Unidas. ONU (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Disponible en <https://cutt.ly/5yBOG8o> [Consultado 07-08-2018].
- Ortega, M., Méndez, J., y López, F. (2009). Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *CONAMED*, 14(1), pp. 4-10.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Pérez, J. (2015). La ética profesional en la formación universitaria en México. *Edetania*, 47(junio), pp. 93-107.
- Periódico Oficial del Estado de Chiapas. (2014). *Código Penal para el Estado de Chiapas*. Disponible en: http://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=Ng== [Consultado 10-11-2018].
- Periódico Oficial del Estado de Guerrero. (2014). *Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero*. Disponible en: <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2016/01/36-Cod-Penal-Edo-499.pdf> [Consultado 10-11-2018].
- Pinzón, K. (2016). Propuesta para eliminar violencia obstétrica en partos. *La Estrella de Panamá*, 26 de marzo. Disponible en: <https://www.laestrella.com.pa/nacional/160326/partos-eliminar-obstetra-propuesta-violencia> [Consultado 05-05-2019].
- Plano Informativo (2019). Violencia obstétrica será castigada hasta con 5 años de prisión. *Plano Informativo*, 23 de junio. Disponible en: <https://planoinformativo.com/667353/-violencia-obstetrica-sera-castigada-hasta-con-5-anos-de-prision-slp> [Consultado 17-07-2019].
- Redondo, R. et al. (2014). Rotura uterina en gestantes con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller. Reporte de caso. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(2), pp. 111-114.

- Rengel, C. (2011). La maniobra Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas profesión*, 12(3), pp. 82-89.
- Salinas, A. (2007). *La disociación entre sexualidad y reproducción. Un reto importante para la salud colectiva*. En Jarillo, E. y Guinsberg, E. (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 171-188). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Salinas, A. y Jarillo, E. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Ciência & Saude Coletiva*, 18(3), pp.733-742.
- Símerman, F. (2016). Paro labores en Hospital de Puerto Escondido. *NVI Noticias*, 6 de febrero. Disponible en: <https://www.nvinoticias.com/nota/14187/paran-labores-en-hospital-de-puerto-escondido> [Consultado 06-08-2019].
- Talbott, J. y Mallot, D. (2006). Professionalism, medical humanism and clinical bioethics: the new wave-does psychiatry have a role? *Journal of Psychiatric Practice*, 12(6), pp. 384-390.
- Tena, C. y Sánchez, J. (2005). Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecología y Obstetricia de México*, 73(10), pp.553-559.
- Terán, P. et al. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 73(3), pp. 171-180.
- Uzcátegui, O. (2008). Estado actual de la cesárea. *Gaceta Médica de Caracas*, 116(4), pp. 280-286.
- Valdez, R. (2005). *Respuesta de las parteras a la violencia que sufren las mujeres embarazadas*. En M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos* (pp. 99-126). México: El Colegio de México.
- Valdez, R., Arenas, L. y Hernández, I. (2004). Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*, 46(1), pp. 56-63.

Valdez, R. et al. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED*, 18(1), pp. 14-20.

Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15(3), pp. 147-151.

Wojtczak, A. (2006). Profesionalismo médico; una problemática global. *Educación Médica*, 9(3), pp. 144-145.

ANEXOS

Guía de entrevista



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

Datos del Médico

Sexo:

Edad:

Formación profesional:

Institución donde realizó sus estudios:

Tiempo ejerciendo la práctica médica:

Cargos dentro del sistema de salud:

Embarazo

- Cuando una mujer asiste a su primera consulta prenatal, ¿Tú qué haces?
- ¿Qué pruebas médicas se le realizan a la mujer durante el embarazo?
 - ¿Qué opinas sobre estas pruebas?
- ¿Cuántas consultas prenatales recomiendas durante el embarazo?
 - ¿Por qué?
- ¿Qué tanto asisten las mujeres a consulta prenatal?
 - ¿Qué opinas al respecto?
- ¿El embarazo siempre representa un riesgo para la salud de la mujer?
 - ¿Por qué?

- ¿Quién o quiénes toman las decisiones respecto a la atención del embarazo?
 - Y la mujer, ¿Decide algo?
 - ¿Qué opinas de eso?
- Cuando atiendes a una mujer embarazada, ¿Viene acompañada de alguien?
 - ¿Consideras importante que venga acompañada?
 - ¿Por qué?
- ¿Aquí se da algún taller o plática a las embarazadas con relación al parto?
 - ¿Tú qué opinas?
- ¿Qué haces cuando una mujer no recibió previamente esta información?

Parto

- Pláticame, ¿Qué es lo primero que haces cuando atiendes un parto?
- ¿Cuál es la relación que estableces con la paciente durante el parto?
 - ¿Cómo logras esa relación?
- ¿En algún momento tú o alguien más le da información a la mujer de lo que están haciendo en el parto?
- Y si hay algún cambio en el procedimiento inicial ¿Qué hacen?
 - ¿Te ha pasado algún caso así?
- Si ella tiene una duda durante el parto, ¿Qué haces tú?
- ¿Cuándo recomiendas llevar a cabo una cesárea?
 - ¿En algún momento has realizado una cesárea que consideres fue innecesaria?
- En este hospital/clínica, ¿Se utiliza la maniobra Kristeller?
 - ¿La recomiendas?
 - ¿Por qué?
- Y con relación a la aplicación de la epidural y la oxitocina, ¿Qué opinas?
 - ¿Cuándo debe aplicarse?
- A la mujer durante el parto ¿Qué tanto se le permite tomar decisiones?
- ¿Qué posición toma la mujer para parir?
 - ¿Qué beneficios tiene?

- Si la mujer desea parir en otra posición, ¿Se le permite?
- ¿La pareja o algún familiar de la embarazada están presentes durante el parto?
 - ¿Por qué?
- ¿Cambiarías algo respecto a la atención del parto?

Posparto

- Después del parto, ¿Quién da las recomendaciones a la mujer?
- ¿Tú piensas que los médicos deben estar involucrados en la atención del posparto?
- ¿Recomiendas la lactancia materna?
 - ¿Por qué?
 - ¿Por cuánto tiempo?

General

- Cuando menciono las palabras “violencia obstétrica”, ¿Qué es lo primero que piensas?
- ¿Existe el fenómeno llamado violencia obstétrica?
- Para ti, ¿Qué es violencia obstétrica?
- ¿Cuál es tu opinión sobre la violencia obstétrica?
- ¿Qué opinas sobre el trabajo realizado por las parteras?
- ¿Y sobre el nacimiento en espacios no hospitalarios?
- Con base en tu experiencia, ¿Qué recomendaciones darías a las mujeres embarazadas para mejorar la atención prenatal y del parto?
- Consideras que el contexto del estado de Oaxaca en el sector salud, ¿Influye en las decisiones de la mujer embarazada?