

# **VIOLENCIA OBSTÉTRICA. UNA REVISIÓN CRÍTICA Y FEMINISTA EN TORNO AL TEMA.<sup>1</sup>**

Aldo Iván Orozco Galván (UNAM, Facultad de Psicología)  
Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez (UNAM, Facultad de Psicología)

Palabras clave: violencia obstétrica, ciudadanía reproductiva.

## **RESUMEN**

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que sucede en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y que puede ser perpetrada por el personal de salud y personal administrativo. Consiste en cualquier acción u omisión que provoque un daño físico y/o psicológico a la mujer y se expresa mediante la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante y un abuso de medicalización (GIRE, 2015). Varias instancias internacionales (ONU, 2015; UNESCO, 2013) y nacionales (CENETEC, 2014) se han pronunciado en contra de muchas de las prácticas realizadas de manera cotidiana en los hospitales que constituyen violencia obstétrica, pero este fenómeno sigue estando muy presente. Esto obedece a varias razones, algunas investigaciones apuntan a las condiciones del Sistema de Salud y ven este fenómeno como un problema de “calidad” de los servicios, debido a la falta de personal, exceso de pacientes, falta de insumos, entre otras, que facilitan que se presente síndrome de Burnout en el personal (Valdez, 2013, Pintado-Cucarella, Penagos-Corzo y Casas-Arellano, 2015). Sin embargo, tomar esa perspectiva resta responsabilidad a quienes ejecutan esas acciones, y desdibuja o hace invisible las dinámicas de género sustentadas en el sexismo y androcentrismo que prevalece en el ejercicio médico, así como las relaciones de poder asimétricas entre el personal médico, el administrativo y las mujeres receptoras de este tipo de violencias. Existen también investigaciones que sí son críticas al respecto y desde una perspectiva feminista ven la violencia obstétrica como causada por dinámicas de medicalización, abuso de

---

<sup>1</sup> Este trabajo es parte de la tesis conducente a obtener el grado de Licenciado en Psicología del autor, dirigida por la autora. La tesis se titula “Violencia obstétrica desde la perspectiva de madres adolescentes”.

Citar como:

autoridad y sexismo, basados en el poder proveniente de jerarquías de género, saberes y clase (Bellón, 2015); o como consecuencia de la formación de un *habitus* médico, creado a base de castigos y subordinación de los/as estudiantes de medicina, que les enseña a ejercer una práctica autoritaria (Castro y Erviti, 2015). Pero aun este tipo de investigaciones se centran en la perspectiva del personal y no en la de las mujeres. Por ello, en el presente trabajo se hace un análisis exhaustivo de la información prevaleciente en artículos y publicaciones científicas en torno al tema, desde una perspectiva crítico-feminista, a modo de encontrar las principales perspectivas teóricas y proponer nuevas líneas de investigación que abonen a una mejor comprensión del tema, que rescate las voces de las mujeres que sufren esta violencia.

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un tipo de violencia que se sustenta en las estructuras de desigualdad de género existentes en la sociedad, mismas que legitiman que las mujeres ocupen un lugar de inferioridad respecto a los varones. La constituyen todo “acto de violencia basado en el género que resulta o puede resultar en daños físicos, sexuales o psicológicos o en el sufrimiento de la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya tenga lugar en el ámbito público o privado” (ONU Mujeres, 2015, p. 11).

Existen diversos tipos de violencia contra las mujeres, según la legislación mexicana actual: psicológica, física, patrimonial, económica y sexual, y estas violencias pueden ocurrir en el ámbito familiar, laboral o docente, en la comunidad o en el marco de las instituciones (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), 2015). En el presente trabajo se estudia un tipo particular de violencia contra las mujeres que no se encuentra tipificada específicamente en la ley previamente citada, pero que sucede muy frecuentemente en el ámbito de las instituciones de salud, y puede producirse en forma de violencia psicológica, física, sexual, entre otras: la violencia obstétrica.

El término Violencia Obstétrica (VO) surge en el ámbito legal, particularmente en Venezuela, en el año 2007, en donde en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia se la define como:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (p. 30).

En otros países también se cambiaron algunas legislaciones para dar cabida a este término, por ejemplo, en Argentina en 2009, o en varios estados de México: Durango (en 2007) Veracruz (en 2008), Guanajuato (en 2010) y Chiapas (en 2012). De estas legislaciones, resulta de mayor relevancia el caso de Veracruz pues, a diferencia de la definición venezolana, incluye algunas de las conductas que son consideradas violencia obstétrica y constituyen un delito, y que pudieran llenar el vacío proveniente de nombrar únicamente un “trato humanizador”, sin especificar a qué se refiere específicamente (situación que deja libre la interpretación, de modo que se podría significar a conveniencia):

Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Gobierno del Estado de Veracruz, 2014, p. 11).

Las penas especificadas en la ley para quien efectúe dichos actos son multas y prisión que va desde los seis meses hasta los seis años de prisión, además de la destitución e inhabilitación de hasta por dos años para ejercer cualquier cargo público (Congreso del Estado de Veracruz, 2010). No obstante, a pesar de ser la única entidad en el país que tipifica este tipo de delito, no se tiene registro de que haya habido alguna sanción en el estado, lo que indica que dicha ley no está siendo aplicada (GIRE, 2013).

La existencia fenómenos como este, que pese a que son claramente tipificados como delitos,

con sus sanciones establecidas y que están fuertemente contraindicados por varias leyes y normativas nacionales e internacionales, se siguen ejerciendo en prácticamente todas las clínicas y hospitales de muchos países del mundo, despierta mucha preocupación, pues si se analizan la gran cantidad de conductas que constituyen violencia obstétrica (lo cual se hará en la siguiente sección), es posible percatarse de que el número de fenómenos que constituyen VO es mucho más amplio de los que se enuncian en las leyes existentes, y si no existen mecanismos para interponer denuncias y cuando los hay las denuncias se minimizan, no habiendo seguimiento y, por tanto, no habiendo castigo alguno contra los ejecutores; veremos que la mayor parte de las mujeres que desean ser madres, para lograrlo deberán enfrentarse a una situación en extremo problemática: que para tener acceso a esa maternidad deberán de sufrir un sinfín de violencias y vejaciones, ante las cuales no tiene ningún tipo de protección.

El problema se agrava cuando muchas de esas prácticas ni siquiera son concebidas como violencia, ni por el personal de salud que las ejerce, ni por las mujeres que son víctimas de ellas, y consideran que es “normal” ser tratadas de esa forma, que así deben de ser las cosas, o que nada importa siempre y cuando sus hijos/as estén bien.

Es por ello que resulta necesario analizar los diferentes discursos que existen en torno a la violencia obstétrica, aquellos que explican sus causas, sus consecuencias, e incluso aquellos que defienden este tipo de prácticas. Todo ello para lograr una mayor comprensión de este fenómeno tan ampliamente difundido en las clínicas y hospitales a nivel mundial. A continuación, se revisarán distintos modelos que intentan explicar las causas de dichas prácticas, por qué suceden tan a menudo y sin embargo son invisibles como problema de salud, por qué no existen denuncias a pesar de que es un delito y por qué siguen ocurriendo a pesar de que las normativas nacionales e internacionales las prohíben.

## **DESARROLLO**

### **Tipos de violencia obstétrica**

Sin duda, la inclusión del término “violencia obstétrica” dentro de algunas de las legislaciones del mundo constituyó un gran logro para los grupos feministas que abogan por la defensa del parto natural, pero este hecho es solo un pequeño paso para la eliminación de este fenómeno, un

paso importante, pero que no ha resultado tan útil para el logro de los objetivos de estos grupos, pues las definiciones en sí encierran algunos problemas. En primer lugar están la ambigüedad de algunos de los conceptos que aparecen en las definiciones, como “trato deshumanizador”, que al no especificar explícitamente qué acciones caen dentro de esta categoría, es posible cada parte involucrada entienda lo que mejor le convenga, de modo que lo que alguien siente como deshumanizante para otra persona resulta un trato amable.

Un segundo problema es que entre las acciones que se mencionan en la ley como violencia obstétrica y que por tanto son punibles, son una ínfima fracción de todos los tratos violentos que reciben algunas mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. En las leyes de Veracruz y Venezuela se dice que las prácticas castigables son:

1. no atender de forma oportuna y eficaz las emergencias obstétricas,
2. obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, habiendo posibilidad de realizar un vertical,
3. impedir el apego precoz del niño o niña sin causa médica justificada, negando a la madre la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer;
4. alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo usando medicamentos para acelerar artificialmente el parto, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y
5. practicar el parto por vía de cesárea, habiendo condiciones para el parto natural, de nuevo, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Únicamente cinco acciones específicas constituyen actos de violencia obstétrica de acuerdo con estas leyes, sin embargo, como veremos a continuación, en realidad la VO abarca muchísimo más. Autores/as diversos/as clasifican la VO de diferentes maneras, desde la clasificación más sencilla que distingue violencia física y psicológica (Medina, 2008, en Magnone, 2011), hasta clasificaciones de hasta siete categorías: (1) abuso físico, 2) atención no consentida, 3) falta de confidencialidad durante la atención, 4) atención no digna (incluida maltrato verbal), 5) discriminación basada en atributos específicos, 6) abandono o negación de atención y 7) detención en centro de salud) (Bowser y Hill, 2010, en Montesinos-Segura y Taype-Rondán, 2015). Para el presente trabajo, se hace uso de la clasificación propuesta por la OMS (Castrillo,

2016), que distingue cinco tipos de VO: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina, 2) maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3) Falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4) ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, con información incompleta, verdadera y suficiente; y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas o étnicas:

### *1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina.*

Este tipo de violencia incluye la realización de episiotomías<sup>2</sup> innecesarias, el uso de la maniobra de Kristeller<sup>3</sup>, revisión uterina<sup>4</sup>, uso de enemas<sup>5</sup>, realización de tricotomía<sup>6</sup>, colocación de vías intravenosas a todas las mujeres, aplicación de oxitócicos<sup>7</sup>, imposición de la posición de litotomía<sup>8</sup> para el parto, atando las piernas de las mujeres a las camas, y obligación de estar acostadas durante todo el proceso previo a la expulsión; y la realización de cesáreas innecesarias y esterilización quirúrgica sin consentimiento informado.

Estos procedimientos tienen indicaciones específicas (con excepción de la maniobra Kristeller, que no debería realizarse bajo ningún motivo), por lo que no son consideradas violencias *per se*, el problema ocurre cuando se aplican de manera rutinaria en todas o la mayoría de las mujeres, pues conllevan consecuencias para el bienestar y la integridad de las mujeres, por ejemplo, la aplicación de vías intravenosas impide el libre movimiento y deambulación de las mujeres, que deben permanecer postradas durante todo el proceso, lo cual provoca que tarde más tiempo el proceso de parto, lo que lleva a que les induzcan artificialmente el parto, que provoca

---

<sup>2</sup> La episiotomía es una incisión del perineo de la mujer, se realiza sobre la línea media de la mujer, desde la parte inferior de la vulva hacia el ano, o desde la parte inferior de la vulva hacia afuera y hacia abajo, en dirección opuesta al recto. La supuesta justificación de su realización es para facilitar al personal de salud la sutura de una incisión recta, en comparación con una irregular que se produciría si no se realizara este procedimiento, que disminuye el dolor posoperatorio y existe una mejor cicatrización. Todas estas justificaciones están infundadas (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse y Spong, 2011)

<sup>3</sup> La maniobra Kristeller consiste en que alguien de personal de salud empuja con fuerza la parte superior del abdomen de la mujer con el fin de acelerar la expulsión del/la bebé. No reporta ningún beneficio para la madre y nunca debería realizarse (El parto es nuestro, 2011).

<sup>4</sup> Consiste en la introducción de la mano del personal de salud cubierta con gasas, en el interior del útero de la mujer. Se dice que es para evitar que se queden restos placentarios que pudieran causar una infección.

<sup>5</sup> Es la introducción de líquidos en el recto y el colon a través del ano.

<sup>6</sup> Rasurado del vello púbico.

<sup>7</sup> Medicamentos usados para acelerar artificialmente el proceso de parto al incrementar la frecuencia y fuerza de las contracciones uterinas.

<sup>8</sup> La mujer acostada de espaldas sobre la cama, con las piernas levantadas colocadas sobre dos dispositivos conocidos como estribos, para dejar expuesta la zona perineal.

contracciones más dolorosas, más riesgo de desgarros perineales (lo cual llevaría a la necesidad de hacer una episiotomía) y más riesgo de infecciones tanto para la madre como para el feto (Camacaro, 2010).

## *2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física.*

Acciones que ocurren con frecuencia en las salas de parto y que entran dentro de esta categoría son golpes, agresiones, abuso físico, “toques rudos”, uso de fuerza extrema, cachetadas con la mano abierta o con un instrumento, ser pinchadas en los muslos y hasta pateadas. Algunas mujeres fueron atadas a la cama durante el parto y otras fueron amordazadas (Bohren, et al., 2015).

Respecto al abuso verbal, se habla de lenguaje grosero, comentarios acusatorios mediante los cuales juzgan a las mujeres por su actividad sexual (Bohren, et al., 2015). En otras publicaciones se habla de abuso verbal, humillaciones, expresiones irónicas, comentarios irrespetuosos y amenazas de abandonarlas y no atenderlas (Carvahlo y Martins, 2016). También se reportó en la literatura una falta de respeto hacia el dolor de las mujeres, pues no se aplicaba ningún tipo de analgésico para paliarlo, al considerar el personal que el dolor era algo como un precio a pagar por el embarazo, a modo de castigo por el acto sexual que llevó a dicho embarazo (Cassiano, et al, 2016).

El mayor problema con los insultos que se dirigen a las mujeres es que son sumamente comunes y ni siquiera son concebidos como una forma de violencia, de modo que frases como “si te gustó lo dulce, aguántante lo amargo” (CLADEM e INSGENAR, s.f.), haciendo referencia al dolor del parto como castigo por el placer del acto sexual, son sumamente comunes en la práctica de la obstetricia.

## *3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas.*

En esta categoría se incluyen hechos que, si bien se encuentran fuera del control del personal de salud, perjudican gravemente a las mujeres. Se trata de una violencia institucional que se agrava en las comunidades con menos habitantes, que no tienen acceso a un centro de salud o que, aunque lo tengan, el servicio no tiene el suficiente personal o insumos, como medicamentos,

camas, sangre, etc., para atender los partos bajo óptimas condiciones. También están aquí la falta de mecanismos para interponer denuncias o quejas sobre este tipo de prácticas (Bohren, et al., 2015).

Cabe resaltar en este aspecto también que en dos de las acciones de VO mencionadas en las leyes citadas, se especifica “existiendo las condiciones necesarias” para realizar un parto vertical. La no existencia de aparatos para la atención de un parto vertical sirve de excusa al personas de salud para atender todos los partos en posición de litotomía. Si bien es algo fuera de su control, la no existencia de esas mesas también es una forma de violencia, aunque institucional.

#### *4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, con información incompleta, verdadera y suficiente.*

En esta categoría encontramos la falta de un consentimiento informado para realizar procedimientos como cesáreas, esterilización, episiotomía, revisión uterina, tactos vaginales, etc. Resulta especial el caso de los tactos vaginales, que se han descrito como excesivos y deshumanizantes, pues son realizados en lugares sin privacidad, además de por muchas personas: varios/as estudiantes, médicos/as y residentes. También, se ignora la autonomía de las mujeres, excluyéndolas de cualquier decisión sobre sus cuerpos, no informándoles sobre los procedimientos que se les realizan y una falta de respeto hacia sus costumbres y tradiciones (como enterrar la placenta o elegir la posición para el parto) (Bohren, et al., 2016).

#### *5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas, edad o salud.*

En este rubro podemos mencionar, por ejemplo, el estudio de Bohren, et al., (2016), quienes encontraron que las mujeres con pocos recursos económicos recibieron un peor tratamiento, por no tener suficiente dinero para pagar sobornos, fueron humilladas por su pobreza o vivir en zonas rurales o estar “sucias” o “desaliñadas”. A las mujeres con VIH se les retrasaron intervenciones que eran necesarias o se evitó el tener contacto con ellas. Respecto a la edad, las madres adolescentes o las mujeres de edad avanzada con varios hijos son más propensas a recibir algún tipo de maltrato.

A la vista de todos estos tipos de violencia que ocurren con frecuencia en los hospitales de nuestro país y a nivel internacional, resulta evidente la insuficiencia de la definición aportada en un inicio, así como la cantidad de conductas que se enlistan como delitos dentro de las leyes enunciadas, la de Venezuela y la de Veracruz. La VO es un fenómeno mucho más amplio de lo que se asienta en los escritos legales, que se limitan a cierto tipo de conductas, que son más perceptibles y evaluables en tanto que quedan manifiestas en las historias clínicas, como la realización de episiotomías, el alto número de cesáreas, o la inducción artificial del parto. Sin embargo, la VO queda oculta en el trato a las mujeres, la forma de dirigirse a ellas, de hablar de ellas, incluso la manera de pensar sobre ellas.

Todos estos procesos ocultos se encuentra atravesados por la dimensión del género, pues dentro de nuestra sociedad, las mujeres ocupan un rol subordinado respecto a los varones, y dentro de las salas de parto este desequilibrio de poder resulta manifiesto, pues el/la obstetra<sup>9</sup> tiene en su poder el conocimiento socialmente legítimo, mientras que la mujer tiene la obligación de ser madre, por ello, las decisiones de las mujeres no cuentan y las del/la obstetra deben acatarse sin reclamos. Por otro lado, el sistema de salud está organizado de manera jerárquica, lo que refuerza la distinción entre la posición del/la médico/a y de la mujer, pues dentro de ese sistema, el/la médico ocupa la posición de mayor jerarquía, mientras que las mujeres ocupan el último eslabón. Estas situaciones son algunas de las principales causas de la violencia obstétrica, así como de su enorme prevalencia y de su invisibilización como problema. Estas perspectivas nos permiten ver el problema como algo mucho más grande de como se presenta en las leyes, en donde se limita a la realización o no de determinados procedimientos y lo lleva al terreno de lo social. Es por ello que requiere un análisis más detallado, mismo que se presenta en la siguiente sección.

## **Naturalización de la violencia obstétrica**

La gran mayoría de las prácticas constitutivas de VO no encuentran justificación alguna ni en los textos científicos de medicina, ni en las guías de práctica clínica, ni en la ley, ni en las normativas de atención del parto nacionales e internacionales, y las que sí están justificadas, no

---

<sup>9</sup> Desde luego que reconocemos la existencia de obstetras mujeres y varones, no obstante, aquí se habla del obstetra como varón porque el rol de obstetra, independientemente de si es ejercido por un hombre o una mujer, es un rol masculino, que ejerce un poder sobre el cuerpo de la mujer, la paciente.

deberían hacerse tan frecuentemente como se hacen, pues se trata de intervenciones necesarias en partos de alto riesgo, pero 90% de los partos son de bajo riesgo, por lo que realizarlas rutinariamente tampoco encuentra justificación. Entonces cabe preguntarse ¿Por qué se siguen realizando? ¿Por qué son tan frecuentes? ¿Por qué no están tipificadas como delito en prácticamente ningún país? ¿Por qué, en los lugares en los que sí se considera delito, no existen sentencias? Sin duda las respuestas a estas preguntas son más complejas de lo que aquí pudiera exponerse, pero un motivo muy importante es porque la VO está naturalizada en la práctica de la obstetricia, pues el actuar que se enseña al/la obstetra está plagado de este tipo de prácticas, de manera que se conciben como la forma “normal” de hacer las cosas. Castrillo (2016) ofrece tres factores principales por los cuales existe lo que llama “violencias invisibles”:

- 1) No hay testigos que puedan dar fe de la agresión, pues las mujeres se encuentran totalmente solas en las salas de parto, se prohíbe el acceso a acompañantes bajo el pretexto de que no hay espacio o de que se desea asegurar la privacidad de otras pacientes, por lo que en las salas solo están las mujeres, víctimas, y el personal de salud, ejecutores;
- 2) la violencia se produce y mantiene gracias a la existencia de relaciones asimétricas de poder que están normalizadas, en este caso, la del/la obstetra y la mujer;
- 3) la violencia simbólica, bajo la cual no sólo el/la médico/a ejerce su poder sobre la mujer, sino que ésta lo acepta, pues cree que el/la obstetra es poseedor/a de un saber fundamental y que toda acción la hace por su bienestar; además, aun cuando hubiera algún tipo de resistencia, el resto del personal mantiene una complicidad con el/la obstetra, que sirve para acallar cualquier intento de subordinación por parte de las mujeres.

Gracias a estos tres mecanismos, las violencias se ejercen y aceptan sin cuestionarse y se repiten hasta que todo se convierte en una rutina automática para el personal, y para las mujeres la rutina se considera “normal”. Ahora ¿Por qué se vuelven rutina prácticas contraindicadas por las normativas de atención de parto? Porque así siempre se han hecho las cosas, porque durante la formación médica, bajo el sistema jerárquico del sistema de salud, las cosas se hacen, no tanto como se establece en la teoría, sino como lo dice el/la superior/a y no hay lugar para el

cuestionamiento. Como ejemplo de ello, el testimonio de un obstetra sobre por qué se atiende el parto con la mujer acostada:

En ningún momento de mi formación me explicaron por qué debía atender el parto con la mujer acostada, cuando nos tocaba cursar obstetricia, entrábamos a las pasantías y hacíamos lo que veíamos, creo que el argumento que nos daban, era que de esa manera uno trabaja con mayor comodidad, y podíamos resolver cualquier urgencia. Ahora si hacemos un análisis científico, es lo más ilógico y sin ningún argumento científico, el que pongas a la mujer acostada para parir (Camacaro, 2010, p. 143)

Y más adelante, sobre la revisión uterina un estudiante de medicina dice:

Esas revisiones se tienen que hacer, así la paciente se niegue, supuestamente eso es para por si quedó algún resto o coágulo que luego pueda producir una septicemia, eso es una contradicción, en la teoría te dicen, que se hace únicamente cuando la placenta no viene completa, cuando quedan restos placentarios, (...) Yo recuerdo que una vez le pregunte a un residente, que por qué se hace la revisión y me dijo que eso no se puede obviar, que es un requisito indispensable, después de cada parto se tiene que hacer una revisión. Nosotros no podemos hacer nada contra eso, por miedo a que pueda repercutir en la evaluación, que ellos vayan a tomar represalias contra los estudiantes. (Camacaro, 2010, p. 152-53).

Se puede apreciar en los testimonios que no se trata de procedimientos que vengán en la teoría, que se sabe bien que no deberían realizarse, al menos no a todas las mujeres, pero se aprende a hacer lo que ven que se hace en el servicio, y aprenden a no cuestionar lo que se hace por miedo a que se tomen acciones en su contra, pues el sistema de salud, aparte de jerárquico, es sumamente autoritario, y todos/as las estudiantes de medicina son formados en ese sentido e introducidos/as dentro de ese sistema.

Durante la licenciatura en medicina, la formación de los/as estudiantes se enfoca no solo en enseñar los aprendizajes básicos de fisiología, anatomía, patología, etc. sino que a través de un currículum oculto, se enseñan diversas actitudes que llevan a la propagación del sistema médico, tales como reforzar la idea del médico como agente imprescindible en la sociedad, dotado de un

poder-saber privilegiado; enseñar a base de castigos, a modo de sostener las jerarquías inamovibles e incuestionables; o la reproducción de ideas sexistas como que las mujeres no sirven para la medicina. Estos tres procesos son fundamentales para construir lo que Castro y Erviti (2015), basándose en las ideas de Bordieu, nombran como *habitus* médico, que se refiere al conjunto de predisposiciones que se *in-corporan* (se escriben en el cuerpo y la subjetividad) a los/as médicos, de modo que se vuelven parte de su ser y actuar, construyendo así un prototipo determinado de médico/a.

La construcción de tal *habitus* se realiza principalmente a través de las tres estrategias mencionadas arriba. En primer lugar, la formación de la figura del médico como autoridad y digno de respeto y valoración por la sociedad. Para promover esa noción, se implanta la idea de la bata blanca como símbolo de poder, para lo cual se obliga a las/os estudiantes a usarla durante las clases en la facultad y durante su estancia en los hospitales, al grado que se vuelve común que los/as estudiantes la usen en todo momento, se vuelve parte fundamental de su identidad como médicos/as. También, desde el inicio de la carrera, los/as las estudiantes reciben el trato de “doctor” o “doctora” por parte de sus docentes (Castro y Erviti, 2015).

Una segunda estrategia es la enseñanza por medio de castigos. Para esta estrategia, es fundamental que los/as estudiantes aprendan cómo está organizado el sistema de jerarquías dentro del hospital, en las cuales la comunicación solo se da con la persona que ocupa el rango inmediatamente superior, así, un estudiante recibe órdenes y se comunica sólo con sus inmediatos superiores, los/as internos/as, quienes a su vez sólo hablan con los/as residentes de primer año, quienes solo lo hacen con los de segundo año y así sucesivamente hasta llegar al puesto de mayor jerarquía. Además, como ya se dijo, la persona en el puesto superior es merecedora de respeto, por lo que se le suele dar trato de “usted”, y para fomentar ese respeto, transmite su enseñanza a base de castigos, que es el método más común de formación, por ejemplo, obligar al/la estudiante a buscar artículos cuando se comete un error, mismo que era imposible de no cometer porque no se le había enseñado previamente el modo de hacer las cosas. Otro castigo muy común es incrementar el número o las horas de guardias ante cualquier desobediencia o atisbo de subordinación (Castro y Erviti, 2015).

Finalmente está el “disciplinamiento de género” (Castro y Erviti, 2015). Este se refiere a un

conjunto de ideas sexistas reproducidas principalmente por los docentes, gracias a las cuales las estudiantes tienen mayores dificultades para tener éxito en la carrera, pues varios obstáculos se interponen en sus objetivos, por ejemplo, actitudes misóginas por parte de profesores que consideran a las mujeres “por naturaleza” inferiores a los varones y lo demuestran por medio de actitudes como decir que la máxima calificación posible para las mujeres es 6, sólo por ser mujer, pues, “las mujeres no sirven para ser doctoras” (Castro y Erviti, 2015, p. 67), o decirles: “¿Qué hacen ustedes aquí?; los hombres tienen la responsabilidad de mantener una casa, pero las mujeres con que abran las piernas” (p.70).

Es posible entonces, apreciar que la práctica y formación médica están atravesadas por serios prejuicios sexistas, que se reproducen cotidianamente y se educa para fomentar esa reproducción. Por lo tanto, cuando observamos los servicios de obstetricia, debido a que se atiende sólo a las mujeres este sexismo se exagera, produciendo las actitudes y prácticas violentas que se han descrito en este trabajo. Sin embargo, como todas esas actitudes se van incorporando a los/as médicas durante toda su formación, dejan de ser conscientes, y se ejercen a través de una práctica irreflexiva. Este hecho dificulta sobremanera la problematización de la violencia obstétrica, pues las quejas y demandas se realizan en el mismo hospital en que ocurrió la mala práctica, pero el hospital no cuenta con mecanismos de seguimiento de dichas quejas, pues no se concibe tal fenómeno como problema, y cuando sí existen mecanismos (por ejemplo, los comités de bioética), quienes atienden las demandas suelen ser también médicos/as, formados con ese mismo *habitus*, por lo cual dichas demandas no suelen proceder. Por motivos como éstos, la VO en las legislaciones es tomada únicamente como la realización de ciertas acciones específicas, cuantificables, dejando de lado que se trata de todo un proceso y una serie de violaciones de los derechos de las mujeres, que no resultan evidentes a alguien que se encuentra formado dentro del mismo campo médico. En el mismo sentido, las estrategias que se han promovido para solucionar la VO se quedan en ese mismo nivel, por ejemplo, enseñar a los/as obstetras a tratar amablemente a las mujeres o reducir el porcentaje de cesáreas, episiotomías, etc. que se realizan en los hospitales. Pero nunca se llega a problematizar que la verdadera causa de la VO son esos prejuicios sexistas y misóginos, bajo los cuales se considera que es obligación de la mujer parir, que debe hacerlo con dolor, que no tiene capacidad para decidir sobre su cuerpo, que debe ser sumisa ante las órdenes médicas, etc. Es por ello, que es necesario un análisis de la violencia

obstétrica desde el feminismo, teoría que permitirá sacar a la luz esos prejuicios.

## **Perspectiva feminista sobre la violencia obstétrica**

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

Ya se explicó cómo es que se va configurando el *habitus* médico, que les predispone a comportarse y pensar de determinadas maneras, de modo que se forman bajo un esquema autoritario y rígido que provoca que reproduzcan esos mismos modos hacia los/as pacientes. Pero ¿Por qué las mujeres están más propensas a recibir de un modo más intenso ese autoritarismo y por qué las salas de parto se convierten en un terreno donde éste se acentúa aún más? Una posible explicación es que se relaciona dicha sala con la maternidad y ésta es vista como una obligación de las mujeres, por lo que deben pasar por un proceso de sufrimiento para poder conseguir ese objetivo, que es el más importante para su feminidad.

El concebir la maternidad como el destino fundamental de las mujeres y bajo la construcción social de que se tiene que acceder a la maternidad a través del sufrimiento y abnegación, permiten que existan acciones como la negación de la anestesia, pues el dolor debe ser parte del proceso, incluso considerando que mayor dolor significa mayor amor hacia su hijo/a. En palabras de Arguedas (2014), “soportar el dolor es parte de la mística maternal y de la ética sacrificial que están llamadas a adoptar todas aquellas mujeres que deseen ser catalogadas como buenas madres” (p. 176). De este modo se instituye la maternidad como elemento único de valoración de lo femenino, realizándose mediante constructos tales como el amor materno de la cultura hebrea, pasando luego a una idealización de la figura de la madre en la cultura greco-romana, y

finalmente, durante la Edad Media, surge la figura de la madre prototipo que marcaría el ejemplo para todas las mujeres occidentales: la virgen María (Adrienne Rich, en Arguedas, 2014). Este prototipo de maternidad dicta reglas muy específicas de comportamiento para las mujeres: la maternidad es un sacrificio y la concepción es “inmaculada”, negando así la posibilidad del placer sexual. Al mismo tiempo, dicta que la mujer debe ser perfecta, humilde, sumisa y sacrificada (Wohlgemuth, 2015). La maternidad como sacrificio permite, como ya se mencionó, que se niegue la anestesia, mientras que la idea de la represión de la sexualidad permite otras conductas, como las episiotomías indiscriminadas, pues ese procedimiento corta la plataforma orgásmica de las mujeres, disminuyendo el placer que pudieran experimentar en el futuro en su zona genital. Esta misma negación del placer sexual de las mujeres permite la existencia de las violencias verbales que resaltan justamente que se debe soportar el dolor como castigo por el acto sexual que provocó el embarazo, por ejemplo: “Te gustó coger y ahora como gritas acá”, “no te acuerdes de que te gustó la pija, y ahora te queréis cerrar de piernas”, “Bien que cuando cogiste no gritabas”, “Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo” (CLADEM, s.f., p. 18-19).

Basándose en esta idea del prototipo de maternidad de la virgen María, se clasifica a las mujeres dentro de las salas de parto en “buenas” o “malas” madres, siendo las primeras las que se apegan a esa idea de maternidad, es decir, sumisas, sacrificadas y que hacen caso a todas las indicaciones del personal de salud; mientras que las malas madres son las que no “obedecen”, las que no quieren tener dolor, o las que no desean la maternidad. Así, las mujeres jóvenes, las madres solteras, mujeres con un embarazo no deseado, que quieren dar a su hijo/a en adopción, o que acuden por tener un aborto en curso, ocupan esa categoría de “mala madre” y son sometidas a peores tratos (Tinoco, 2016).

Otro aspecto que es posible apreciar desde una perspectiva feminista es el origen de ciertas prácticas relacionadas con la atención del parto que se dan por naturales y normales dentro de los hospitales, tanto por el personal de salud como por la mujeres que se atienden ahí, por ejemplo, la posición de litotomía para la atención del parto o el mismo hecho de atender el parto dentro de un hospital. Hoy en día, pensar en partos se asocia en prácticamente todos los casos con los hospitales, sin embargo, la atención de los partos en los hospitales es sumamente reciente, tiene menos de 100 años. Concebir este hecho como normal, provoca borrar toda una historia de injusticias hacia las mujeres, de despojo de sus conocimientos y su legitimidad para la atención

del parto y sobre el conocimiento del cuerpo de la misma mujer. En la milenaria historia de los nacimientos, el papel de la obstetricia es muy reciente, y sin embargo hoy en día rara vez se concibe una manera diferente de atención de parto que no sea por un/a obstetra dentro de una clínica u hospital. Pues este fenómeno, esta autoridad de la medicina para la atención de parto, que hoy se ha vuelto hegemónico, requirió de un violento proceso por medio del cual se quitó a las parteras y curanderas tradicionales la autoridad para atender los partos y su saber milenario sobre el cuerpo de las mujeres fue descalificado por la medicina “científica”. De esta manera, la historia de la atención del parto es también una historia de cómo los hombres tomaron control total sobre el cuerpo de las mujeres.

Durante milenios, el saber y la responsabilidad sobre la atención de los partos pertenecían a las mujeres, en particular las parteras, quienes cumplían el rol de acompañantes y asistentes de los partos. Esto fue así desde los primeros grupos humanos, pero comenzó a cambiar alrededor del siglo XVI, cuando ese rol comenzó a ser reclamado por los hombres, amparados por la medicina institucional, el Estado y la Iglesia católica. En cuanto a la medicina, la atención del parto se añadió a la formación profesional de los médicos en las universidades europeas, mismas a las cuales las mujeres no tenían acceso. El Estado comenzó a solicitar títulos para poder ejercer los cuidados obstétricos, y esos títulos eran concedidos por las universidades, y así se quitó el derecho a las parteras a la atención del parto, quedando relegadas a un segundo plano, sólo pudiendo ejercer su quehacer como subordinadas a los médicos, haciendo tareas que ellos no podían hacer por “cuestiones morales”, referidas a trabajar en un campo cercano a la sexualidad de las mujeres (Cohen, 2016).

Estas políticas de institucionalizar el control de los partos se implantaron debido a que en el siglo XVI sucedió una crisis demográfica, y ante la escasez de trabajadores, se creyó necesario que el Estado implementara un control de la natalidad. Para ejercer dicho control, además de lo anterior, se valió de la Iglesia católica, y se establecieron diversos “crímenes reproductivos”, principalmente la sodomía (toda práctica sexual no reproductiva), el infanticidio y el aborto. Esos crímenes reproductivos constituían varias de las actividades de las parteras, quienes poseían conocimientos sobre herbolaria que les permitía controlar la fertilidad de las mujeres mediante el uso de plantas con propiedades anticonceptivas o la realización de abortos. Entonces, la labor de las parteras fue considerada como criminal y estas mujeres fueron consideradas “brujas” y fueron

perseguidas y asesinadas, quitándoles así su posición central en su comunidad como curanderas y deslegitimando sus saberes, al argumentar que provenían de “pactos con el demonio” (Federici, en Cobo, 2016).

Para Blázquez (2014), la persecución no sólo tenía fines de control poblacional, sino que se basó en una envidia hacia la gran cantidad de conocimiento que poseían esas mujeres, pues de todos los “tipos de brujas”, en el *Malleus Malificarum* (libro en el cual se justificaron las persecuciones), se argüía que las parteras eran el peor tipo de brujas porque Satanás las obligaba a matar al mayor número de niños/as posible para “privarlos de la salvación, además de que con su cuerpo cocinado se puede preparar el ungüento volador y otros polvos mágicos” (Kramer y Sprenger, en Blázquez, 2014, p. 37). Esa era la consigna para matarlas, aunque en realidad lo que se condenaba era la posesión de saberes que permitían a las mujeres disfrutar de su sexualidad sin necesidad de asociarla con la reproducción, hecho que contravenía tanto las doctrinas religiosas como las políticas gubernamentales.

Y así fue que se despojó a las mujeres de la autoridad y el conocimiento legítimo sobre los cuerpos de las mismas mujeres, pasando a manos de los varones, quienes escribieron libros y tratados de obstetricia, basados en las enseñanzas antiguas de Hipócrates y Galeno, quienes no habían atestiguado un parto, pero tenían la autoridad suficiente para que eso no importara y sus dictados fueran tomados como ciertos, aunque sus enseñanzas no estuvieran basadas en evidencia, pues sus objetivos más bien eran establecer el deber social de las mujeres (Camacaro, 2010). Pero al escribir los libros y sistematizar sus conocimientos, estos cobraron mayor importancia y legitimidad que los saberes de las parteras, transmitidos por tradición oral.

La principal consecuencia de este despojo, principalmente para las mujeres que paren, es la radicalmente opuesta forma de atender y pensar el parto que sostienen la partería tradicional y la medicina moderna. En la atención por parte de la partera, las mujeres pueden moverse libremente, adoptar la posición deseada en cualquier momento y la partera sirve de apoyo a las mujeres, pues se mueven con ellas, les ayudan a hacer movimientos con la pelvis que sirven para mitigar el dolor, etc. Un parto con las mujeres acostadas es muy raro, siendo lo más común una posición vertical o con la mujer en cuclillas o de rodillas (Arguedas, 2014).

Bajo la visión médica occidental, en cambio, la comodidad de las mujeres no es importante,

pues se considera que los verdaderos protagonistas del parto son los/as obstetras, por lo que la posición que se adopta es con la mujer acostada, de modo que el/la obstetra pueda estar cómodamente sentado para recibir a la/el bebé. No existe ninguna evidencia que avale esta posición como mejor para las mujeres, al contrario, dificulta mucho más el proceso de parto, al disminuir la fuerza de las contracciones y causar consecuencias adversas a la salud de la madre y el/la bebé. Se trata más bien de una práctica que se repite por mera costumbre, pues al parecer la única indicación para que se realice el parto de tal forma fue que Luis XVI, en Francia, pidió al médico de su corte que se hiciera de esa manera para poder observar el nacimiento de sus hijos (Arguedas, 2014).

Además de lo anterior, el hecho de que los partos se atiendan en los hospitales, bajo la mirada médica, es lo que provoca todos estos hechos de violencia obstétrica, pues parir en un lugar destinado al tratamiento de enfermedades provocó que también el embarazo se considerara enfermedad, por lo que los médicos se creyeron con el deber de intervenirlos farmacológicamente para “curar” dicho mal. Ese abuso de medicalización es lo que provoca muchas de las prácticas que se describen como violencia obstétrica (Bellón, 2014).

La manera de concebir el parto desde la partería, en cambio, es de un modo más holístico, que se centra, además de lo fisiológico (no lo patológico, es decir, que se considera el parto como un proceso natural), en los aspectos psicológicos y sociales de las mujeres, pensando siempre en ellas como las protagonistas, buscando su comodidad, además de que la partera es un apoyo emocional y se fomenta que la mujer no esté sola, sino que tenga el apoyo de su familia en esos momentos (Cobo, 2016). Es por esta visión tan dispar que la OMS (1985) ha establecido desde hace años que las parteras son las personas más capacitadas para la atención del parto normal, mientras que los/as obstetras deberían encargarse solamente de los casos patológicos.

La competencia histórica por la atención del parto ha sido una competencia de género, de saberes legítimos, de poder sobre el cuerpo de las mujeres, competencia que ha sido ganada por los hombres y todas sus grandes instituciones. Sin embargo, ante esa hegemonía de saberes, existe aún resistencia. El saber de las parteras no ha desaparecido y sus servicios aún son los más recurridos en muchos lugares, particularmente aquellos en los que no existen muchos hospitales o clínicas cercanas. Poco a poco surgen movimientos que proponen recuperar ese saber, sacar el

parto de los hospitales, despatologizar los procesos reproductivos de las mujeres, cuestionar la hegemonía médica y acabar con la violencia obstétrica, pues esta violencia surge también de la contraposición entre estos dos modos de ver el parto y a las mujeres.

## **CONCLUSIONES**

La violencia obstétrica es un grave fenómeno que se encuentra muy presente en la atención del parto en las clínicas y hospitales a nivel mundial y constituye una grave violación a los derechos de las mujeres, entre los cuales podemos mencionar el derecho a la vida, derecho a que se respete su integridad física, psicológica y moral, derecho a la libertad, derecho a la seguridad, derecho a no ser sometida a torturas, derecho a que se respete su dignidad, derecho a igualdad de protección ante la ley, entre otros. Analizando el problema desde esta perspectiva, es claro que es imperiosa la necesidad de eliminarlo. Varias aproximaciones se han realizado con este fin, por ejemplo, las normas de la OMS para la atención del parto normal (OMS, 1985), la publicación de normas nacionales para México que dictan cómo debe ser la actuación médica en casos de parto normal (CENETEC, 2014), o la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, un esfuerzo de la secretaría de salud durante el sexenio de 2000-2006 que pretendía que la atención en salud se reflejará en un respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas; información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el/la paciente o sus acompañantes; y amabilidad por parte de los/as prestadores de servicio (Salud, 2001).

Pero es evidente, según lo reportado en este trabajo, que ninguna de estas estrategias ha funcionado. Parte del problema es que se trata de médicos/as estudiando problemas de médicos/as, lo que impide que vean las verdaderas raíces del problema. Así es que se enfocan en datos muy específicos, llevando sus soluciones hacia la capacitación para que los/as médicos/as sean más amables o que hagan menos cesáreas o episiotomías, etc., considerando que el problema está en los números o en algunos/as pocos/as “malos médicos” que son “poco amables” con las mujeres. Esta mirada tan específica les impide ver el panorama completo: no se trata de unos/as cuantos/as médicos/as, sino que la gran mayoría del personal de salud ejerce este tipo de violencias, por lo que este tipo de estrategias seguirán siendo un fracaso si no se consideran otras miradas.

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

Aunque no se trata de demonizar la profesión médica, pues es imposible negar su relevancia y utilidad para la sociedad. Tampoco se trata de exigir que se saquen todos los partos de los hospitales, pues es también evidente que a partir de que se comenzaron a atender en estos lugares disminuyó considerablemente la morbimortalidad materna e infantil. De lo que se trata es de hacer evidente que los modos de esta atención hospitalaria tienen graves consecuencias sobre la salud e integridad de las mujeres. De nuevo, no se trata de demonizar el papel de la medicina, pero sí de cuestionar sus métodos y sus modos de ver el mundo, su arrogancia de posicionarse en un lugar que les autoriza a mandar a todas las demás personas, a violentar a las usuarias, descalificarlas y humillarlas, y todo ello sin consecuencia alguna. Se trata de visibilizar estos problemas y de aunar esfuerzos en la creación de un nuevo modelo de atención del parto en el que sean las mujeres las protagonistas y todo se piense para ellas hagan de su parto una experiencia placentera, en lugar de un sufrimiento indescriptible.

## **BIBLIOGRAFÍA**

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): 155-180. DOI: 10.15517/c.a.v11i1.14238.

- Blázquez, N. (2014). Los conocimientos de las brujas: causa de su persecución. En: Fe, M. (Coord). *Mujeres en la hoguera. Representaciones culturales y literarias de la figura de la bruja* (2ª ed). México: UNAM-PUEG.
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Med.* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Camacaro, M. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Carvahlo, A., y Martins, G. (2016). Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor. São Paulo*;17(3):215-8.
- Cassiano, A., Santos, M., Santos, F., Holanda, C., Leite, J., Maranhão, T., y Enders, B. (2016). Expressions of institutionalized violence at birth: an integrative review. *Enfermería Global*. No. 44, 478-489.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*. No. 24. 43-68.
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM-CRIM.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2014). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. México: IMSS.
- Cobo, C. (2016). *La violencia obstétrica [trabajo de fin de grado de enfermería]*. España: Universidad de Cantabria.
- Cohen, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud* (2016) 39:231–247. DOI 10.1007/s10746-015-9369-x.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) e Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (s.f.). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales público*. Argentina:

CLADEM.

Congreso del Estado de Veracruz (2010). Código Penal para el estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. Disponible en: <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270814.pdf>.

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia* (23ª ed). México: McGraw Hill.

Diario Oficial de la Federación (2015). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Última reforma publicada DOF 17-12-2015.

El parto es nuestro (7 de Julio de 2011). Maniobra de Kristeller [pagina web]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/07/maniobra-de-kristeller/>

Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley No 38.647 de 19 de marzo. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, n. 38 (19 de mayo). Disponible en: [http:// venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)

Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 15-17 de septiembre de 2014.

Montesinos-Segura, R. y Taype-Rondán, A. (2015). ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú?. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 32(3): 603-616.

ONU Mujeres (2015). *Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra las mujeres*. ONU Mujeres.

Organización Mundial de la Salud (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*. *Lancet*; 2:436-437.

Secretaría de Gobierno de Veracruz (2014). Ley número 235 de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

Tinoco, M. (2016). Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*. 21(1): 47-54.

Wohlgemut, M. (2015). El Parto Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica [Trabajo de titulación]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.