

VIOLENCIA OBSTÉTRICA UN CASO DE VIOLACIÓN EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN HIDALGO.

Eje temático: Género y violencias

Claudia Lorena Zarate Pérez y Josefina Ortiz Ramón

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Área Académica de Sociología y Demografía

Palabras clave: violencia obstétrica, género, derechos sexuales, reproductivos, mujeres.

Resumen

En el presente trabajo se trata de analizar los elementos y factores donde la violencia contra las mujeres se reconoce como un tipo de discriminación que impide el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales en igual de condiciones que los hombres. En la convención De Belem Do Pará se precisa lo siguiente; para definir violencia de género: “Cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Por lo cual, la erradicación de la violencia contra las mujeres es un tema que se ha hecho de interés en la mayoría de las políticas públicas en el país, sin embargo no ha tenido la atención correspondiente o el impacto debido. En ese sentido, las mujeres se desenvuelven diariamente con respecto a los roles que juegan dentro de ellos.

Asimismo, nos damos cuenta que el derecho a la salud para las mujeres no se ha respetado o ejercido como debería de ser. Conviene subrayar, que como factores se encuentra una cultura dominante, cultura patriarcal y en segundo lugar por parte de las instituciones de la salud. En otras palabras, se ha ejercido un sometimiento para las mujeres en sus decisiones y

derechos con respecto a la salud por parte de las relaciones de poder y relaciones de saber sobre la diferencia de géneros y de la posesión del conocimiento científico.

Las mujeres aún no son libres de ejercer sus derechos sexuales o reproductivos, un ejemplo de ello es la violencia obstétrica, a la cual no se le ha dado la relevancia para la tipificación y erradicación de ésta en el país, las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica ven la situación como un trato natural de parte del sector salud ya sea público o privado. A lo cual, en esta investigación se pretende discutir y analizar el proceso de las consecuencias del fenómeno de la violencia obstétrica, retomando la categoría de género, particularmente en el estado de Hidalgo.

Introducción

Dentro de la dinámica de las relaciones sociales se ha hecho inherente la práctica de la violencia, “la violencia se ha instaurado como pilar fundamental de nuestras sociedades indistintamente de nuestra aceptación o rechazo: se ha instalado en nuestras vidas, evolucionando, complejizándose, diversificándose y masificándose lo cual es el resultado de la institucionalización de la violencia” (Pineda 2015: 97).

A su vez, la desigualdad social se ha representado económica, religiosamente pero sobre todo la desigualdad de género se ha cristalizado con diferentes tipos de violencia, siendo la población en mujeres la más afectada.

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad” (Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, 1995: 52).

Así mismo, en el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres se reconoce como un tipo de discriminación que impide el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales en igual de condiciones que los hombres, en la convención De Belem Do Pará se menciona lo siguiente para definir violencia de género: “Cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Según Rich explica que el patriarcado requiere que las mujeres asuman no solo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Esta teórica feminista lo llama la subutilización de la conciencia de las mujeres, de lo cual dependería una cierta moralidad y emocionalidad indispensables para la estructura de la familia patriarcal (Rich, 1986 citado en Arguedas, 2014).

Considerando que en el artículo 6° de la Ley General al Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) define la violencia contra las mujeres en cinco tipos:

- Violencia Psicológica: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, devaluaciones, humillación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas las cuales conllevan a la víctima a la depresión, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- Violencia Física: cualquier acto que inflige daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas.
- Violencia Patrimonial: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos o documentos personal, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- Violencia Sexual: cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.
- Violencia Económica: toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo dentro de un mismo centro laboral.

Los anteriores tipos de violencia se hacen manifiestos en cuatro diferentes modalidades:

- Familiar: acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.
- Laboral y docente: se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad.
- En la comunidad: actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, denigración o exclusión en el ámbito público.
- Institucional: actos u omisiones de los y las servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como el disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

En cuanto, a la erradicación de la violencia contra las mujeres es un tema que se ha hecho de interés en la mayoría de las políticas públicas en el país, sin embargo no ha tenido la atención o el impacto correspondiente, debido a que diariamente se desenvuelven respecto a los roles que desempeñan en cada grupo social.

A partir de lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades

federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Con respecto a lo anterior, en el ámbito académico se han ido reconstruyendo los conceptos y visibilizando el fenómeno dado que las instituciones públicas y privadas han ocultado los casos de mujeres que han sufrido violencia y particularmente violencia obstétrica, dado que los datos son escasos y como tal no se cuenta con una base a nivel nacional de dicho problema.

Por otra parte el personal médico, al aplicar sus conocimientos a las pacientes no se desprende de sus conocimientos y prejuicios morales, la concepción que los médicos tienen de las pacientes es como un objeto de intervención y no como sujeto de derecho (Belli, 2013). Además, en tal situación las mujeres aun no son libres de ejercer sus derechos sexuales o reproductivos, un ejemplo de ello es la violencia obstétrica, a la cual no se le ha dado la relevancia para la tipificación y erradicación de ésta en el país porque, las mujeres que son víctimas de ella lo ven como un trato natural de parte del sector salud ya sea público o privado.

A partir de los avances científicos en el campo de la medicina, se ha intensificado el control sobre los procesos naturales y en particular como prácticas de violencia sobre las mujeres como por ejemplo la ocultación de información sobre métodos anticonceptivos y su uso u obligar a las mujeres a hacer uso de ellos (aplicación del DIU o en un caso más extremo la salpingoplastia sin consentimiento de la paciente), la elección del aborto o la atención antes, durante y después del embarazo.

Así mismo, en sociedades no occidentales las mujeres se movían libretamente, cambian de posición en la forma y en el momento en que lo deseaban o necesitaban. La partera y otras personas colaboradoras en el parto pueden aconsejara a la mujer alterar las posiciones o realizar un movimiento pélvico particular. Incluso utilizan sus propios cuerpos para que les sirvan de apoyo y pueden moverse junto con ella, de manera sincronizada, meciéndose o haciendo círculos con la pelvis, cambiando el peso del cuerpo de un pie al otro. La mujer en labor de parto puede también echar mano de diversos mecanismos como ejemplo; las

pasturas verticales, el uso de postes piezas de tela anudadas, hamacas, también arrodillarse, agacharse o acomodarse en el suelo (Arguedas, 2014: 153).

De acuerdo, a la página web de GIRE¹, se define a la violencia obstétrica de la siguiente manera; “Es una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, que incluye los derechos a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y a la autonomía reproductiva, se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y después del parto en los servicios de salud públicos y privados, es producto de un problema en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género”.

Aunado a lo anterior, la violencia obstétrica se conforma por dos tipos de violencia, la violencia física y la violencia psicológica, ambas son conductas que dañan de manera física y emocional a las mujeres que acuden a alguna institución perteneciente al sector salud para atender las molestias que respectan a su ciclo de reproducción, este tipo de violencia se ve expresada de forma directa o indirecta en el trato deshumanizado, abuso de medicalización y omisión de prácticas que sean necesarias para ejercer el derecho a la salud de la paciente/víctima.

Por otra parte, la ley declara que las mujeres tienen derecho a tener un parto respetuoso sobre sus tiempos biológicos y psicológicos en el cual se intente evitar cualquier tipo de práctica invasiva y de suministro de medicación no necesarias que no estén justificadas por el estado de salud de la paciente o de la persona por nacer (Belli, 2013).

La ley estipula lo siguiente:

- A ser considerada, en su situación respecto al proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o la persona por nacer.
- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo (a) y, en general a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

¹ Plataforma de consultas donde se puede explorar bases de datos e información sobre casos, datos, visualizaciones y recomendaciones internacionales.

- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el comité de bioética.

El artículo 51° de la “Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” determina que los siguientes actos emitidos por personal del sector salud serán considerados como violencia obstétrica:

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

Por otra parte, existen formas de violencia contra las mujeres dentro del sector salud al momento del parto, que como se mencionaba no son denunciadas porque las pacientes creen que el trato que les dan es normal en esas situaciones, por ejemplo:

- La realización de prácticas sin consentimiento de la paciente o sin darle información del mismo, anulando su posibilidad de tomar decisiones sobre su salud sexual o reproductiva (“firme acá”, “te tengo que hacer cesárea”, esterilización sin su aprobación).
- Insensibilidad frente al dolor de la mujer manteniendo silencio frente a sus preguntas, infantilizar a la parturienta, insultos y comentarios humillantes “si te gustó aguántate” (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual).

Si bien, es evidente la violencia que el personal del sector salud aplica contra las mujeres que van a parir, por otro lado es importante mencionar la forma en que son violados los derechos sexuales y reproductivos de dichas mujeres. Citando a Eviti:

Las clasificaciones que el personal médico hace de las pacientes, guiándose de estereotipos sociales, etiquetas, imágenes y atributos, repercute en la calidad del servicio otorgado, pero más que la calidad de servicio, es la manera en que los médicos están formados profesionalmente, sin alguna perspectiva de género, durante su formación profesional de los médicos “existen tipos de interacciones que predominan, se produce una jerarquía de género, que los estudiantes incorporan como normal en su visión profesional del mundo (Erviti, 2006: 640).

Es a partir de este contexto que se empieza a desarrollar en los movimientos sociales y feministas la defensa por los derechos reproductivos, es decir, el cuidado en la auto-determinación y la autonomía de cada una de las mujeres en la decisión por la vida reproductiva. Los derechos reproductivos surgen a partir de la década de 1980 mismos que han sido promovidos en las organizaciones no gubernamentales, en las luchas por derechos reproductivos manifestando cuestiones como el aborto, el control natal, la educación sobre infecciones sexualmente transmitidas, la esterilización forzada, mutilación de los genitales (Laako, 2015).

Por lo tanto, el término violencia obstétrica se acuñó hace poco tiempo en el ámbito del activismo feminista por los derechos reproductivos. Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. En algunos estados de México se introdujo el concepto en 2008 (Arguedas, 2014).

Asimismo en México las mujeres indígenas, feministas han realizado demandas y propuesto reivindicaciones en los derechos humanos, ámbito académico y político públicas ya que se ha contemplado como un contexto donde la cuestión de los derechos humanos está siendo discutida públicamente para resolver y disminuir el problema de la calidad en la atención de la salud (Pozzio, 2016).

De acuerdo a los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman que se reflejó un incremento en los nacimientos por cesáreas. A su vez, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reporta un 38% del total de nacimientos que nacen mediante cesáreas. Además con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada

diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo y un 71.6% de la población femenina con vida productiva en México ha necesitado atención médica durante el periodo de embarazo, parto.

Mientras tanto en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 refiere que en México ocupaba el cuarto lugar a nivel mundial en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años. En el sector público se incremento en un 33.7% y en el privado en 60.4%.

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011									
Entidad	2009			2010			2011		
	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total	Partos	Cesáreas	Total
SSA	993,655 74.5%	339,919 25.5%	1,333,574 100%	1,011,243 74.3%	349,855 25.7%	1,361,098 100%	1,040,481 74.5%	356,825 25.5%	1,397,306 100%
IMSS	233,215 49%	243,252 51%	476,467 100%	219,348 48%	237,885 52%	457,233 100%	224,485 49%	238,166 51%	462,651 100%
ISSSTE	38,450 60.2%	25,422 39.8%	63,872 100%	41,020 59.3%	28,135 40.7%	69,155 100%	39,671 59.5%	27,016 40.5%	66,687 100%

Fuente: Elaboración por GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información.

Las estadísticas muestran el continuo abuso de la práctica de cesáreas. El porcentaje de estas que se realizan en México es alarmante. Para ello, muchas de las cesáreas prácticas son innecesarias y que se realizan a conveniencia del médico o de la institución de salud a costa de riesgos de salud para las mujeres. Esta situación no ha sido visibilizada de forma recurrente y en muchos de los casos no se da el seguimiento correspondiente.

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que es difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada.

En México, por ejemplo, hay hospitales en los que se intimida a las mujeres con la obligación de ponerse un DIU tras el parto o si no la incisión de la cesárea lo que atenta gravemente contra los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (Reza, 2013).

De esta manera se restringe por completo la autonomía que tienen las mujeres sobre sus cuerpos porque según la cultura de género dominante en donde nos desenvolvemos, establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, sexualidad y reproducción porque estos aspectos de su vida, así como muchos otros deben de ser tutelados por una autoridad que en general es masculina, consecuencia directa de esta violencia es la incapacidad para decidir sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, tener o no hijos, número y espaciamientos de los nacimientos, el uso de anticonceptivos y la continuación o no de un embarazo” De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México (Herrera 2010).

Es así como a partir del discurso religioso, se han concebido a las mujeres como inferiores, irracionales e incapaces de tomar decisiones, ni siquiera cuando se trata de su propio cuerpo, todas sus acciones deben ser orientadas, vigiladas y supervisadas por varones, sobre todo que funjan un papel importante en sus vidas o que sean legitimados por la sociedad, como en este caso los médicos.

La desigualdad social ha sido visibilizada a través del tiempo, sobre todo para perjudicar a la mujer como un ser social, político y sexual:

Los personajes influyentes del proceso histórico social también participaron de este proceso histórico y descalificativo de la mujer, aduciendo que; *las mujeres no son otra cosa que máquinas de producir hijos* (Napoleón Bonaparte), con lo cual quedaría establecido y promovido a través del discurso oficial la maternidad como naturaleza irrenunciable y como función social normativa de las relaciones sociales establecidas por y para la mujer; consolidándose de la procreación y el ejercicio de la maternidad como mecanismo por excelencia proveedor de estatus y valoración” Pineda, E.. (2015). *Sobre Mujer*. Caracas: Esther Pineda G. Consultora de Género y Equidad F.P.. pp. 11.

El discurso de la maternidad obligatoria hace que las mujeres no sean libres de tomar su propia decisión sobre el número de hijos que desea tener, o si desea o no hacerlo y cuando alguna mujer se empodera de su cuerpo y de sus decisiones es estigmatizada y violentada por quienes le rodean.

En la actualidad, un tema de gran revuelo ha sido la penalización del aborto por decisión de las mujeres, siendo estas estigmatizadas y violentadas por personal del sector salud al momento de practicarles el aborto o tan solo cuando se piden informes sobre esta práctica, además de que las mujeres son violentadas por el personal médico que en ese momento les atienden, sino de todo el conglomerado de las instituciones de salud, como médicos, enfermeras que los asisten y personal de dirección.

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos” (World Health Organization, 1992).

Si bien, la mujer como sujeto de derechos, tiene el derecho a la protección de la salud como es mencionado en la Constitución Mexicana, por qué se le tiene que orillar a que ponga en riesgo su integridad física y psicológica y al mismo tiempo su vida, porque realmente el Estado no está reconociendo este derecho por y para las mujeres y por tanto se tienen que practicar el aborto en condiciones insalubres y que denigran la calidad humana.

Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones (Aguirre, 2002:5).

Es así como, a partir de la maternidad forzada y el evitar que las mujeres tomen decisiones sobre sus cuerpos, incrementan otras problemáticas sociales, por ejemplo, los niños de la calle, la violencia intrafamiliar y por obviedad, la repetición de patrones, puesto que la forma en la que un individuo es socializado, lo va a reproducir a futuro; La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los

embarazos no deseados. Los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción (Aguirre, 2002:5).

El Estado, como vimos anteriormente refuerza los roles sociales, sobre todo de las mujeres, con sus programas de planificación familiar, pero hay que tener en cuenta que aunque la mujer haga un uso correcto de algún método anticonceptivo, no es ciento por ciento seguro, y se violenta a la mujer por esta causa; “por qué no se cuidó”, “ella se lo buscó”, “por qué no lo pensó antes de quedar embarazada”, sin que se responsabilice al varón al igual que a la mujer, porque en la cultura en la que nos desenvolvemos en la actualidad, la cultura patriarcal, el varón sin hace valer su derecho a no querer tener hijos, cuando simplemente abandona a su pareja estando embarazada, por qué la mujer no puede hacerlo valer por medio del aborto.

En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios (Aguirre, 2002:6).

Cada mujer con respecto a su entorno social, cultural o biológico debería usar algún método anticonceptivo, es por eso que se necesita que el personal del sector salud este realmente calificado sobre cualquier tema para que pueda orientar y no obligar a las mujeres a usar tal o cual método, y que tengan una capacitación sobre género y derechos de las mujeres, para que se pueda ir erradicando la violencia institucional contra las mujeres, como es el caso del sector salud.

Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban (Aguirre, 2002:6).

Según Rich, explica que el patriarcado requiere que las mujeres asuman no solo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Esta teórica feminista lo llama la subutilización de la conciencia de las mujeres, de lo cual dependería una cierta moralidad y emocionalidad indispensables para la estructura de la familia patriarcal (Rich, 1986 citado en Arguedas, 2014).

NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS 2009-2011						
ENTIDAD	PARTOS			CESÁREAS		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
AGUASCALIENTES	8,690	9,192	9,489	5,161	5,236	10,806
BAJA CALIFORNIA	23,288	23,306	23,233	5,794	5,478	6,264
BAJA CALIFORNIA SUR	No respondió solicitud de información					
CAMPECHE	Respondió que sólo proporcionaría información de manera personal, en sus oficinas en el estado					
CHIAPAS	39,366	41,217	44,487	13,707	14,628	28,546
CHIHUAHUA	22,279	19,675	23,621	6,008	5,552	6,721
COAHUILA	55,284	54,209	56,071	24,079	24,159	25,199
COLIMA	8,134	7,848	7,350	3,412	3,355	2,841
DISTRITO FEDERAL	No respondió solicitud de información					
DURANGO	12,079	11,344	12,058	4,407	4,637	4,486
SAN LUIS POTOSÍ	No respondió solicitud de información					
SINALOA	SD	SD	SD	26,058	26,138	27,121
SONORA	No respondió solicitud de información					
TABASCO	37,374	36,727	SD	13,309	14,084	SD
TAMAULIPAS	No respondió solicitud de información					
TLAXCALA	8,421	8,617	9,072	6,130	6,297	6,306
VERACRUZ	No respondió solicitud de información					
YUCATÁN	No respondió solicitud de información					
ZACATECAS	18,231	18,755	19,771	5,145	5,072	5,238
GUANAJUATO	SD	SD	SD	20,805	20,570	22,172
GUERRERO	42,351	41,793	45,246	13,454	13,611	13,010
HIDALGO	26,255	25,844	26,514	9,611	9,377	10,989
JALISCO	No respondió solicitud de información					
MÉXICO	114,364	116,670	121,414	35,028	37,655	38,616
MICHOACÁN	No respondió solicitud de información					
MORELOS	La Secretaría de Salud del estado se declaró incompetente para responder a la solicitud de información y remitió a otro organismo, denominado Servicios de Salud de Morelos					
NAYARIT	No respondió solicitud de información					
NUEVO LEÓN	46,152	79,722	85,537	38,996	40,926	44,504
OAXACA	21,232	22,969	23,167	11,524	11,763	13,372
PUEBLA	49,228	47,777	49,726	16,590	16,282	16,374
QUERÉTARO	38,298	39,154	41,379	17,682	18,358	19,064
QUINTANA ROO	SD	SD	7,641	SD	SD	4,364

Fuente: Elaboración de GIRE a partir de datos obtenidos mediante solicitudes de información a las secretarías de salud locales. SD. Sin datos.

Como se muestra en la tabla anterior, el estado de Hidalgo cuenta con pocos datos registrados en la instituciones públicas, ya como tal el concepto de violencia obstétrica o llegado a fortalecerse con las teorías de género y feministas por lo cual, se ve reflejado en la ausencia de investigaciones y más en el estado de Hidalgo. Además el registro de partos y cesáreas que se tiene a partir del 2009 ha ido aumentando constantemente y el fenómeno preocupa ya que solo los casos se han ido incremento en mujeres en contexto rural.

A manera de reflexiones

Algunos puntos que se consideran importantes sobre el tema: Sensibilizar al personal: médicos (as), enfermeros (as) y de las direcciones con respecto al tema, para que durante la estancia de las mujeres dentro del hospital sea respetando y conservando sus derechos como ciudadana y como mujer. Realizar talleres de actualización de forma consecuente sobre el tema de género y violencia para el personal del sector salud.

Referencias

- Arguedas, R. G. (2014). La violencia obstétrica propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y Caribe*. 11(1), 145-169.
- Aguirre, D. G. (2002). *El aborto en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.
- Belli, L. (2013). *La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos*". *Revista Redbioética/UNESCO*. 1 (7): 25-34.
- Erviti, J. (2006). *Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México*. México: Estudios Sociológicos XXIV.
- García, G. E. M. (2015). La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España.
- Herrera, C. (2010). "De "pacientita" a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México". Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo.
- Pineda, E. (2015). "Sobre mujer". Edición E-book para distribución gratuita. Caracas, Venezuela.
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas* 24 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38143846007>.
- Informe de la 4º Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.
- Laako, H. (2015). "La política del nacimiento, la política de la transformación: Los casos del movimiento de parteras en México y Finlandia". En *Imagen Instantánea de la Partería*, Georgina Sánchez Ramírez (editora), pp. 85-110. México: ECOSUR & Asociación Mexicana de Partería.
- Ley General al Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).
- Reza, G. (2013). Contra la violencia obstétrica. Recuperado en <http://www.proceso.com.mx/342983/contra-la-violencia-obstetrica>.