

Percepción de la violencia obstetra ejercida por el sistema de salud mexicano: estudio de caso

Obstetric violence exercised by Mexican health system: case study

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño*

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial
(CC BY-NC) 4.0 Internacional

Perfiles Latinoamericanos, 30(59) | 2022 | e-ISSN: 2309-4982

DOI: [dx.doi.org/10.18504/pl3059-008-2022](https://doi.org/10.18504/pl3059-008-2022)

Recibido: 4 de abril de 2020

Aceptado: 6 de julio de 2021

Resumen

La violencia obstétrica es una forma de control extremo del cuerpo y la autodeterminación de la mujer durante su trabajo de parto. La praxis médica utiliza protocolos establecidos para garantizar el saber hacer profesional mecanizando la intervención y toma de decisiones, e incluso aplicando criterios profesionales sobre preferencias personales para asegurar el bienestar clínico de la paciente, dejando al margen subjetividades complejas de tipificar desde el enfoque médico y que, sin embargo, darían lugar a un parto humanizado con trato digno y la participación activa de la madre. En este artículo, el objetivo es identificar los principales elementos teóricos sobre la violencia obstetra: proceso de parto, respeto, trato, poder y bienestar reproductivo, mediante el enfoque hermenéutico de un caso real actual. A través del análisis de las narrativas se identifica el juego de roles en los procesos reproductivos donde el desequilibrio de poder genera relaciones interpersonales de poder-sumisión que condicionan la legitimación, toma de decisiones y participación activa de las mujeres hasta afectar su derecho humano al bienestar reproductivo.

Palabras clave: violencia, obstetricia, praxis, poder, control, trato humano, caso.

Abstract

Obstetric violence means extreme bodily control over a woman's self-determination during childbirth. Medical practice establishes protocol guidelines to guarantee professional know-how through a mechanized intervention process, a rigid capacity for action, even a preference for professional judgment instead of the patient's personal preferences. All these strategies are intended to ensure the well-being of the patient, but rejecting subjectivities or complex desires to be typified by the clinical approach instead of doing a humanized procedure that guarantees the active participation of the mother. In this case, our objective is to identify the main theoretical elements related to obstetric violence as the birth process, power dynamics and reproductive well-being, from the hermeneutical approach of a current real case. The narrative analysis reveals an unbalanced role play that generates an interpersonal relationship of power-submission that conditions the process of legitimation, decision-making and active participation of women, including their reproductive well-being as a human right.

Keywords: violence, obstetrics, praxis, power, control, human treatment, case.

* Doctora en Intervención Social y Mediación, Profesora Contratada Doctora en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Murcia (España) | ea.iglesiasortuno@um.es | <https://orcid.org/0000-0002-1033-4907>

Introducción

La violencia representa dinámicas de poder-dominación en las que un grupo social privilegiado abusa de su posición para obtener beneficios a costa del grupo vulnerado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso intencional de la fuerza o poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002, p. 3). Sobre la violencia en América Latina, De León-Escribano (2008, p. 74) afirma que la que prevalece como fenómeno creciente en la región es multicausal, ya que además de ser un producto histórico, también lo es de procesos culturales e ideológicos y situaciones estructurales en lo económico y lo político, que afectan a diferentes generaciones de una sociedad. Cuando se piensa en el poder como control o dominio que genera violencia social, la tendencia es a identificarla en los espacios de la economía, la política o la producción privada propia del sistema liberal, pero en este análisis se ha incorporado a otro: el espacio sanitario.

Planteamiento del problema: la violencia obstetra en el sistema de salud mexicano

La violencia obstetra se define en el constructo teórico mexicano como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer mediante el ejercicio autoritario y abusivo del poder clínico. Esta tipología de violencia se expresa como trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales de embarazo, parto y puerperio dando como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de la mujer para que decida libremente sobre su cuerpo y sexualidad y experimentar un proceso determinante para su desarrollo humano con marcado componente simbólico, cultural y personal.

Representación de la violencia obstétrica en el sistema de salud mexicano

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) es un documento quinquenal que muestra los resultados de las dinámicas en las relaciones de pareja en los hogares, así como las experiencias

de las mujeres en la escuela, el trabajo y la comunidad con distintos tipos de violencia. Pero en las últimas décadas han sido diversas las fuentes¹ estadísticas que han expuesto el panorama de violencias contra la mujer en México, con marcada incidencia en el seno familiar o de pareja, atribuyendo acciones violentas a las dinámicas interpersonales-relacionales. Con intención de ampliar el estudio de las violencias contra las mujeres, en su cuarta edición, es decir, la de 2016, la ENDIREH incluye por primera vez la violencia obstetra. Los datos señalan que el 66.1% (21.6 millones) de las mexicanas mayores de 15 años ha sufrido al menos un incidente de violencia emocional (49%), sexual (41.3%), física (34%) y económica (29%). Y que es el entorno de pareja el espacio más habitual de esa violencia con el 25.6%, porcentaje que representa a más de 5 millones mexicanas (INEGI, 2017, p. 11).

Los datos de la ENDIREH 2016 indican que de 32.8 millones de mexicanas mayores de 15 años, el 26.7% (8.7 millones) tuvo un parto en el último quinquenio (2011-2016), y que de dicha cifra el 33.4 % reportó algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron, es decir, que 2.9 millones de mujeres mayores de 15 años sufrieron ese tipo de violencia (INEGI, 2017, p. 44). La prevalencia nacional de maltrato durante el parto, puerperio o lactancia afecta a 3 de cada 10 mujeres en México; y son Coahuila, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Ciudad de México, Querétaro, Yucatán y Morelos, las entidades federativas con mayor incidencia, donde esta prevalencia ha sido de 4 de cada 10 mujeres en los últimos cinco años (INEGI, 2017, p. 45).

La ENDIREH 2016 recoge también ocho situaciones específicas en las que las mujeres refieren haber recibido maltrato (INEGI, 2017:46): el 11.2% (más de 325 mil) de las encuestadas manifiestan que les gritaron o *regañaron durante el parto*; el 10.3% (más de 290 mil) indican que tardaron mucho *tiempo* en atenderlas porque les dijeron que estaban gritando o quejándose mucho; el 9.9% (287 mil) afirmaron sentirse *ignoradas* cuando solicitaban información sobre el proceso de parto o la salud de su bebé; el 9.2% (más de 266 mil) señalaron que fueron obligadas a permanecer en una *posición incómoda* o molesta y que *las presionaron* para que aceptaran que les colocaran un dispositivo o las operaran con fines de esterilización. El 7% (200 mil) de las encuestadas refieren haber padecido actos de *humillación* o insultos; el 4.8% (casi 140 mil) que el personal de salud se negó a anestesarlas o a aplicarles bloqueo para disminuir el *dolor* sin explicaciones, y el 4.2% (más de 120 mil) reporta que les colocaron algún método anticonceptivo, operaron o esterilizaron *sin preguntarles* o darles previo aviso (INEGI, 2017, p. 47).

¹ ENDIREH-2003; ENVIM-2003; ENVIM-2006; ENDIREH-2011

Método de estudio, validación y consideraciones éticas

En palabras de Ruiz (1996, p. 30), los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. Desde el enfoque cualitativo, Neuman & Quaranta (2006, p. 218) explican que los estudios de caso se encuadran en una concepción reflexiva de las ciencias sociales, aunque con mayor acento en la construcción y desarrollo de la teoría.

El estudio de caso no representa una generalidad estadística, sino una generalización analítica dado que se usa para ilustrar, representar o generalizar una teoría. Hablamos pues de transferencia de las variables o elementos teóricos hacia la realidad subjetiva y no de generalidad estadística (Martínez, 2006, p. 173). El estudio de caso se vincula con técnicas de recolección de datos de corte cualitativo, como indica Robles (2011, p. 47), tales como la observación participante y autoobservación, los relatos de vida e historia oral, la fotobiografía, la narrativa o análisis narrativo y los grupos focales o de discusión, todas ellas técnicas que se han aplicado en este artículo con el fin de detallar las narrativas y elementos subjetivos en relación con el fenómeno de estudio y su categorización particular.

Este estudio sigue la metodología del *estudio de caso simple*, sistematizada por Yin (2012, pp. 4-13), quien la define como la estrategia que se desarrolla sobre un único objeto, proceso o acontecimiento utilizando una única unidad de análisis. Es también un estudio de caso *instrumental*, que Stake (2005, p. 11) define como aquel que busca generalizar a partir de un conjunto de situaciones específicas para afirmar una teoría y profundizar en el constructo teórico de un tema y elaborar afirmaciones sobre los preceptos que componen la teoría estudiada. Así pues, el estudio de caso que aquí se aborda no persigue fines explicativos para predecir comportamientos o estimarlos, sino que aspira a generalizar mediante su estudio en profundidad (Ceballos-Herrera, 2009, p. 417).

Objetivos y dimensiones de estudio

El objetivo en esta investigación consiste en identificar la percepción de los principales elementos de la violencia obstetra desde el enfoque de un caso actual en México. Específicamente, el estudio busca definir las características del proceso de parto, puerperio y lactancia, así como las consecuencias personales de los actos ejecutados.

Cuadro 1. Objetivos y dimensiones del estudio

<i>Objetivo específico 1</i>	<i>Dimensiones de estudio</i>
Definir las características del proceso de parto, así como las consecuencias personales de los actos ejecutados en el seno de la institución de salud.	Respeto personal
	Trato digno y posición
	Apego
	Poder
	Praxis y apoyo
<i>Objetivo específico 2</i>	<i>Dimensiones de estudio</i>
Definir las características del puerperio y lactancia, así como las consecuencias personales de los actos ejecutados en el seno de la institución de salud.	Salud reproductiva
	Educación para la lactancia materna
	Psicoprofilaxis perinatal

Nota: El desglose de términos que componen las categorías de análisis corresponden a los elementos teóricos que definen cada dimensión de estudio según las teorías de referencia.

Fuente: Elaboración propia.

Perfil del caso de estudio

Este artículo busca describir en profundidad los elementos que componen el objeto de estudio, por lo que se trata de un *estudio de caso interpretativo*, al que Pérez (1994) define como aquel cuyas descripciones ricas y densas se utilizan para desarrollar categorías conceptuales que permitan defender o desafiar presupuestos teóricos ya establecidos. Siguiendo a Yacuzzi (2005, pp. 7-8) cuando afirma que el método de caso propone la generalización y la inferencia hacia la teoría y no hacia otros casos, aquí se pretende ampliar la percepción y valoración por parte de la participante para describir las categorías de análisis anteriormente descritas y evidenciar el constructo teórico desde la óptica del realismo.

El caso simple, instrumental e interpretativo en este trabajo tiene como protagonista a una mujer² de 23 años, casada, estudiante a tiempo completo y madre de dos hijos varones menores de dos años de edad. Para verificar la idoneidad del perfil, en una entrevista previa se le preguntó sobre su último parto y ella señaló varias acciones que calificó de violentas, por lo que fue seleccionada para el presente estudio.³ Con el propósito de garantizar el componente ético de esta investigación, se mantienen el anonimato de la participante, su participación activa en la construcción de los relatos y su reconocimiento como *interlocutor válido*, término que González (2002, p. 95) define como significación que se da al interlocutor

² La mujer se presentó de forma voluntaria para participar en el estudio tras una convocatoria pública (mediante difusión docente) entre las estudiantes de octavo semestre de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León en México. Ella reconoce haber experimentado violencia obstetra y considera relevante su aportación a este estudio.

³ Antes de la entrevista formal se realizaron dos informales para comprobar la veracidad de la información descartando la incongruencia o incoherencia en los hechos narrados.

por parte de la persona investigadora al otorgarle el derecho a réplica, a no contestación, a conocimiento recíproco y a la búsqueda de la verdad.

Diseño del instrumento

En esta investigación se ha recurrido a la entrevista en profundidad especial, que Valles (1999, pp. 181-190) y Chicharro (2003, pp. 3-6) han descrito como un formato poco estructurado con el que se realiza el acopio de una amplia información relevante para definir los problemas a investigar. Además se recurrió a la metodología de Spradley (1983) para la elaboración de entrevistas etnográficas, quien recomienda preguntas extensas y una posterior conexión semántica, en este caso, con las variables teóricas de referencia.

El instrumento de obtención de datos consistió en una guía de entrevista, tal y como aconseja Chicharro (2003, p. 5), sin una estructura fija, pero que se adapta al discurso del entrevistado. Su finalidad es identificar las categorías de análisis correspondientes a las dimensiones de estudio y garantizar así la recopilación de una amplia información.

Cuadro 2. Guía para entrevista

<i>Dimensiones</i>	<i>Guía</i>
Respeto personal	Trato corporal: asesoría, contacto e indicaciones procedimentales. Trato hacia su persona: directo, información y apoyo personal. Apego y "hora sagrada".
Trato digno y posición	
Apego	
Poder	Protocolo médico y praxis. Proceso de toma de decisiones.
Praxis y apoyo	
Salud reproductiva	Información sobre anticoncepción y planificación familiar. Procedimiento de lactancia materna.
Psicoprofilaxis perinatal	
Educación para la lactancia materna	

Nota: La guía es un apoyo instrumental no una batería rígida de preguntas, por lo que admite un orden aleatorio, según el devenir de la conversación.

Fuente: Elaboración propia.

Validez

Respecto a la validez interna y externa del estudio de caso, no se admiten los procedimientos cuantitativos estandarizados sobre confiabilidad y validez, pero sí concepciones derivadas de ello con aplicación al modelo cualitativo. Explica Arellano (1998, p. 14) que el estudio de caso debe tener una *validez interna*

consistente en que las ideas, categorías y relaciones sean útiles y usadas por diferentes autores y una *validez externa* basada en el manejo de los resultados con el propósito de generar ideas y opciones para diferentes problemas o escenarios sociales. En cuanto a la *confiabilidad*, se ejecuta un proceso de triangulación que Stake (1994, p. 241) ha definido como un proceso de múltiples percepciones (perspectivas teóricas) para clarificar significados (narrativas), verificando la repetición de interpretaciones.

Para la validación interna del instrumento se ha aplicado la validación por contenido consistente en el grado en que la medición empírica refleja un dominio del contenido, aplicando la evaluación de expertos que revisan formalmente los elementos que componen el instrumento para determinar su confiabilidad (Hernández *et al.*, 2006, pp. 661-669). El perfil de los expertos⁴ para la validación interna del instrumento determina como elementos inclusivos la especialidad en estudios de género y/o en percepciones sociales de la violencia. Además de la incursión en cuerpos académicos que desarrollan líneas de investigación sobre conflictología, violencias o trabajo social.

Análisis y discusión de los resultados

Corral-Manzano (2019, p. 103) sostiene que, al referirnos a violencia, lo primero en que se piensa son los actos bélicos o el daño físico, lo que lleva a la normalización de otros tipos de violencia como la simbólica o la que se produce durante las prácticas médicas que se adueñan o patologizan los procesos reproductivos de las mujeres. En este sentido, Bodelón (2014, p. 132) sostiene que la dimensión institucional de las violencias contra las mujeres es una de las novedades que la perspectiva feminista ha incorporado al análisis de dicho fenómeno. La violencia institucional no solo incluye aquellas manifestaciones de violencia contra las mujeres en las que el Estado es directamente responsable por su acción u omisión, sino también los actos que muestran discriminación u obstáculo en el ejercicio y goce de los derechos. En este sentido, apunta la participante en este estudio: “Considero que el trato que recibí hacia mi persona fue muy malo, totalmente nulo, me hicieron dudar de mí misma. No me consideraban ni valoraban y yo pues, sinceramente, pensé que sería por algo, al cabo ellos son médicos y yo no. Del proceso de parto cambiaría el trato hacia mi persona, más respeto para mi cuerpo”.

⁴ Los expertos participantes en el proceso de validación son cinco investigadores-docentes en activo de la Universidad Autónoma de Nuevo León, adscritos a los cuerpos académicos Políticas Sociales, Métodos Alternos de Solución de Conflictos y Cultura, Identidad y Género.

Cuestiones generales sobre el proceso de parto

Según datos de la Encuesta Intercensal de 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la afiliación poblacional a los servicios de salud está distribuida entre instituciones de protección social, como el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) o el Seguro Popular;⁵ instituciones profesionales, como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o el ISSSTE federal; instituciones especiales, como las que atienden al personal de Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de la Defensa Nacional o la Secretaría de Marina; e instituciones privadas o sin ninguna afiliación reconocida. De estas instituciones, el 49.90% de la población está afiliada al Seguro Popular y el 39.18% al IMSS, a las que sigue el ISSSTE con 7.71% de los afiliados. Es notable la situación de no afiliados, el 17.25% de la población, pues se encuentran en desprotección social para asuntos de salud-enfermedad. Aunque, según el INEGI (Encuesta Intercensal, 2015), se ha comprobado que una persona puede estar afiliada a más de una institución y gozar así de los servicios de salud de dos o más entidades. En este sentido, afirma la participante en este estudio:

Mi proceso de embarazo fue bastante malo al principio, los primeros meses tuve mucha náusea y perdí casi 12 kilos, en lugar de ganar peso que es lo habitual. Me asusté bastante y por eso decidimos consultar a un médico privado. Mi esposo está asegurado en el IMSS, donde tengo asegurada la consulta, pero cada ocasión me atendió un médico diferente, el que estaba de turno, y eso me preocupaba un poco. Mi médico particular me atendió tres veces y me hacía sentir más segura porque me conocía y podía saber mi evolución. Él me avisó de la situación del tamaño del bebé, estaba grande.

La presencia de violencia obstetra se detecta, según la ENDIREH 2016, en todas las instituciones de salud arriba mencionadas, y añade la casa cuando la mujer se atiende con una partera (INEGI, 2017, p. 46). Camacaro (2013, p. 187) sostiene que tanto en lo privado como en lo público se despoja a la mujer de su parto porque la obstetricia se sustenta en una lógica de intrusión médica que se concibe desde un paradigma bio-médico-tecnocrático que convierte el quehacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas que silencian a la parturienta. De acuerdo a la ENDIREH 2016, el IMSS encabeza a las instituciones de salud con mayor proporción de mujeres con maltrato durante la atención

⁵ Sustituido desde el primero de enero del 2020 por el Instituto de Salud para el Bienestar.

obstétrica de su último parto (en los últimos cinco años), con una frecuencia del 40.8% (más de 8.8 millones de mujeres) (INEGI, 2017, p. 46). En este sentido, afirma la participante en este estudio: “Ya habían pasado 42 semanas y seguía sin presentar síntomas de parto, por lo que fui al IMSS a consultar. El día de la consulta [día 1] me sentí afortunada pues me había tocado la consulta con una ginecóloga; creía que sería un poco más sensible conmigo simplemente por el hecho de ser mujer igual que yo, me sentía más cómoda”.

El seguimiento del embarazo es algo de suma relevancia en los protocolos de atención de las instituciones sanitarias para garantizar el bienestar de la madre y del feto, pues significa el control evolutivo de los signos de salud de ambos. Camacaro (2013, pp. 187-188) afirma que la mujer en proceso de parto se encuentra vencida ante la espera de una información que la oriente sobre lo que tiene que hacer o sobre lo que le van a hacer, lo cual a veces no llega, llega de forma impersonal, o, en el peor de los casos, se modifica con cada cambio de guardia. En este sentido, afirma la participante en este estudio:

Durante la consulta [día 1] iniciaron las preguntas a las que a esas alturas ya estaba acostumbrada, como la fecha de última menstruación, molestias durante el embarazo, diagnóstico con preeclampsia o diabetes gestacional, etcétera. Se supone que esto deberían saberlo, pero pues como no hay un seguimiento del mismo médico, son preguntas que se repiten de rutina. Preocupa un poco porque estás a punto de entrar en labor de parto con un médico que no sabe tu historial y eso puede ser peligroso, pero bueno. Es ahí cuando se suponía que sería una de las experiencias más felices de mi vida.

Tras el ingreso de la paciente, el proceso se desarrolla bajo protocolos de acción médicos en los que el sujeto de interés son la madre y el bebé, lo que se traduce en procesos individuales que pueden dar lugar al sentimiento de soledad de la madre durante el parto. La *Guía de implantación del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*,⁶ creada por la Secretaría de Salud en 2018, indica que el acompañamiento por algún familiar durante el proceso de parto se reduce al 16% y establece como recomendable aumentar esta cifra para garantizar el bienestar emocional de la mujer en proceso de parto. Almaguer *et al.* (2010, p. 8) afirman que en el hospital las mujeres se sienten solas, no tienen compañía, están aisladas, no tienen derecho a agua, ni a bañarse y cuando eso se da, muchas veces será

⁶ Tiene como fin mejorar la calidad técnica y relacional en la atención perinatal en pro de la salud materna, de la reducción de la muerte materna y de garantizar la cobertura universal de asistencia especializada durante el parto. Se aplica en hospitales públicos y centros de salud.

con agua fría. Se encuentran totalmente abandonadas e inseguras de lo que les pueda pasar, carecen de todo tipo de apoyo afectivo y no hay personas cercanas para auxiliarlas. En este sentido, la participante del estudio refiere:

Enseguida del reconocimiento con la doctora [día 1], como ya estaba a término, me internaron y me llevaron a la habitación, pero a mí sola, no dejaron ingresar a mi esposo, nada más las horas concretas para visitas. Pasé la noche sola.

El proceso fue muy largo, finalmente me operaron, mi esposo no estaba presente, creo que no le dejaron pasar, sacaron al bebé y me lo entregaron. Me llevaron [día 2] a la habitación después de la recuperación y ya dejaron estar a mi esposo, ahí ya estaba más tranquila y deseando irme a casa.

La dimensión de respeto y trato humanizado

La configuración de una imagen partiendo de una simbología construida es susceptible de crear estereotipos y prejuicios que estigmatizan socialmente a un determinado perfil. Goffman (2003, pp. 11-12) afirma que la sociedad fija los medios e instauro las categorías para clasificar a las personas, incluyendo los atributos que de estas se perciben como corrientes y naturales. En relación con la simbología social y la interacción de los grupos sociales, Mead (2010, pp. 200-202) indica que los seres humanos se definen a sí mismos y al resto de identidades individuales y/o sociales con base en símbolos o etiquetas socialmente determinadas. Este etiquetamiento, que define las acciones e interacciones interpersonales usando la percepción y valoración que se hace de los demás y de sí mismo, sirve a las fuerzas de control social para estigmatizar a los sujetos (Szarazgat, 2006, pp. 1-3), así pues, la persona se convierte en aquello con lo que es descrita. Al respecto, la participante en este estudio indicaba:

Me trataban como un bulto [día 2]. Ni se daban cuenta de cómo me trataban, como si no existiera para ellos, como si fuera un costal.

Durante los tactos [día 1 y 2] de reconocimiento estaba bastante incómoda, sentía frío, molestias y me dolía la espalda de estar recargada.

La concepción médica del paciente como sujeto pasivo o incapaz en su proceso de salud-enfermedad se entiende desde la óptica de Honneth (2010, pp. 31-45), él explica que la identidad propia (el ser) de acuerdo a lo socialmente establecido (deber ser) y la identidad diferente a la mía (el otro) genera los pro-

cesos de agrupación o vinculación social y, en casos extremos, la vulneración de las identidades distintas a lo socialmente establecido y causantes de desequilibrio o problemas sociales. Es decir, desde esta perspectiva se juzga que los sujetos, en gran medida causantes de su enfermedad o incapaces de gestionar su salud, están obligados a adaptarse a la idiosincrasia de las supraestructuras sociales o institucionales para garantizar el equilibrio, y que estas últimas son reconocidas con mayor capacidad de acción, poder y determinación para superar las situaciones de necesidad o problemáticas sociales. Esto justifica la extralimitación en la manipulación o intervención sobre el paciente y el disponer de su cuerpo en pos del procedimiento médico más allá de su bienestar. Relacionado con esto, la participante explicaba:

Cuando me rompieron la fuente [día 2], me empujaban, me movían, no me dejaban moverme sola, me apretaban el abdomen y me dolía mucho. Estaba muy incómoda.

Otra cosa que tampoco me gustó nada y que creo que fue una falta de respeto o de consideración fue lo que pasó en el momento de ir al hospital [día 1]. La ginecóloga me hizo acostar en la camilla para hacerme un tacto, me asombré porque no usó ningún tipo de protección para ambas, cero guantes y cero lubricante, además tenía las uñas exageradamente largas, obviamente me lastimó muchísimo y hasta ahora no sé el porqué me quedé callada, en fin, me tramitó el pase para internamiento.

La deshumanización o trato de la mujer como un sujeto inactivo, pasivo o incapaz incluye también el disponer de su cuerpo como instrumento educativo. En este sentido, Almaguer *et al.* (2010, p. 9) indican que una de las cinco categorías que se pueden calificar como elementos y comportamientos reveladores de violencia obstétrica es el conjunto de procedimientos innecesarios, pero que facilitan el aprendizaje de estudiantes, internos/as y residentes. En esta categoría se incluyen los tractos vaginales, episiotomías, revisiones de cavidad uterina y cesáreas. Este fenómeno no se presenta con la misma frecuencia en otras áreas o especializaciones médicas, la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del residente se colocan en un nivel superior. Al respecto, indicaba la participante en este estudio:

Como decía, en la mañana [día 2] llegó el doctor para reconocimiento. Todo iba bien hasta que uno de los doctores me dijo que me haría otro tacto para ver si durante la noche había logrado dilatar algo. Para empezar me sentí avergonzada por la situación, pero empeoró para mí cuando escuché que el doctor les dijo a los

practicantes que hicieran fila porque ellos también me harían el tacto [...] sentí la molestia muy fuerte cada vez que lo hacían.

En mi segundo parto pues mis quejas son que me picaron la columna siete veces para poder ponerme la epidural, el anestesiólogo que me tocó era practicante y me lastimó mucho, de hecho al final él no fue el que me la puso, tuvo que hablarle al anestesiólogo oficial y hoy en día me dan calambres horribles en la columna, desconozco si es a causa de tantos piquetes en la columna.

La mujer en proceso de parto tiene derecho a recibir el apoyo de los profesionales de la salud, pero garantizando el bienestar de aquella. El apoyo se concreta en el seguimiento de los protocolos y la información permanente durante el proceso. Es la interacción médico-paciente. Acerca de esto, la participante en este estudio refería:

A la mañana siguiente [día 2] llegaron los médicos. Cuando terminaron el tacto de reconocimiento a las seis de la mañana del día siguiente, me explicaron cómo sería el proceso de inducción de parto. Más o menos ya me hice una idea de cómo iba a ser el proceso, al ponerme la primera dosis del medicamento ya contaba con un centímetro de dilatación y en poco tiempo comenzarían las contracciones.

A las 4:00 [día 2] mi esposo pasó a verme pues era tiempo de visitas, él estuvo conmigo a lo largo de dos horas, tiempo en que mis contracciones ya eran más notorias. Justamente en ese momento entró el doctor en turno para hacerme otro tacto, pero solo había subido otro centímetro, el dolor era muy fuerte y se lo hice saber, a lo que me explicó que era a causa del medicamento pues era más fuerte y doloroso el proceso que si se hubiese dado en forma natural. Me ayudó la explicación, además me lo dijo de forma que entendí perfecto.

Como se evidencia, el apoyo médico no se brinda adecuadamente, tal como lo constatan los datos de la ENDIREH 2016. Almaguer *et al.* (2010, p. 5) afirman que la violencia sobre la salud reproductiva se relaciona con un modelo biomédico que desestima lo emocional y social de la salud para dar predominio al cuerpo y los aspectos biológicos, un hecho inseparable de la violencia de género. Agregaba la participante de este estudio: “Como a las 9 de la noche (día 2) más o menos el dolor ya era insoportable y estuve llamando a la enfermera como una hora sin exagerar sin recibir respuesta, esperé una hora y media para que alguien viniera a darme medicamento. Me pusieron medicamento pero no me preguntaron nada más, la enfermera solo se fijó en las máquinas, no me miró a la cara”.

Villanueva (2010, p. 20) señala al respecto que con frecuencia creciente se observa un comportamiento poco afectivo que se traduce en la rapidez de las consultas, en el desinterés de la médica o el médico por los aspectos subjetivos y las condiciones de vida de las personas; todas son manifestaciones de la medicina deshumanizada en la que el extremo del espectro corresponde al maltrato ejercido por el personal de salud en contra de sus pacientes. Nuestra participante indicaba: “Encontré apoyo en muy pocas personas, donde encontré apoyo fue una vez en el quirófano. Del equipo que me intervino mi cesárea del primer bebé no tengo quejas, al contrario, fueron los únicos que me trataron bien. En cuanto a mi segundo parto, el anesthesiólogo considero que fue el que no estaba lo suficientemente capacitado”.

Almaguer *et al.* (2010, p. 6) observan que la violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, y en la sociedad en su conjunto, incluidas las mujeres que la padecen. Las mujeres que la experimentan afirman que prefieren olvidar las molestias y maltratos de parto y concentrarse en el gozo de la nueva vida, para no complicar su estado emocional. Esto último explica las escasas demandas y quejas contra este tipo de violencia. La participante en este estudio decía:

Al principio [día 2] solicité apoyo de la trabajadora social del hospital, que me atendió y me hizo algunas preguntas sobre mi proceso, sobre todo lo referente a la incapacidad y a la salud de mi bebé. Pude haberle contado más, aunque no quise que fuera a más.

No, preferí salir bien con mi bebé, me importaba salir de inmediato de esa institución de salud.

La dimensión del poder

Contreras-Tinoco (2018, p. 57) advierte que el autoritarismo del quehacer médico y los procesos de poder/subordinación que se dan entre las mujeres embarazadas y los actores médicos provendría del habitus médico que incorpora prestigio, distinción y estatus y que dota a la medicina de cierto poder/saber sobre la administración, disciplina y control de la vida y salud de las poblaciones y cuerpos con base en conocimientos validados por la ciencia. Esto podría relacionarse con la sociedad disciplinaria de Foucault donde el poder disciplinario tiene por función principal enderezar conductas, la disciplina fabrica individuos, es una técnica específica del poder que se da en los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio. Es un poder modesto

y suspicaz que debe su éxito a las jerarquías (Giraldo, 2008, p. 86). En este sentido, apuntaba nuestra participante:

Los médicos son quienes te supervisan y te van indicando los procesos, pero son las enfermeras quienes te revisan, tienen más trato durante las contracciones y son quienes te mandan qué hacer para estar más cómoda. Te dan indicaciones de cómo respirar o cómo tumbarte mientras revisan los monitores. Tienes que hacer lo que ellas te recomiendan porque se supone que es lo mejor, muchas veces sí lo es.

Desde un punto de vista operativo, el poder, para Lagarde (2005, p. 154), es la capacidad de decidir sobre la propia vida y, como tal, es un hecho que transciende al individuo y se plasma en los sujetos y en los espacios sociales donde se materializa como afirmación, satisfacción de necesidad y consecución de objetivos. Se trata de un escenario de empoderamiento, autopercepción, competencia y autodeterminación al amparo de la idea de que toda persona controla sus ambientes. Acerca de esto, Arguedas (2014, p. 147) agrega que la violencia obstétrica es un mecanismo de control y opresión derivado del ejercicio de este tipo específico de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles. Pero, indica Lagarde (2005, pp. 153-154), que el poder consiste también en la capacidad de decidir sobre la vida del otro, intervenir con hechos que obligan, prohíben o impiden amparo por el derecho al castigo de quien ejerce el poder desde una posición dominante que enjuicia, sentencia y perdona. Los poderosos ejercen el poder sobre los otros porque tienen los elementos debido a su clase social, género, cultura, nacionalidad, etcétera. Es tal como lo decía la participante en este estudio: “No me dejaron decidir sobre mi propio cuerpo, [respecto a la colocación del DIU], me sentí sola. Vuelvo al tema del DIU, me sentí mal, ellos no debieron decidir por mí, no tienen derecho, por lo menos esa decisión sí me correspondía”.

Villanueva (2010, p. 22) indica que la praxis médica impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y un silencio forzoso como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico. La palabra de la paciente o de sus familiares solo interesa en tanto ofrezca indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto. En este sentido, manifestaba la participante en este estudio: “Normalmente te dicen qué hacer sin preguntar tu opinión, te mandan porque, creo yo, ellas ya saben de lo que hablan. Algunas veces me incomodaba que me dieran tantas órdenes, pero pues es su trabajo y entiendo que ellas deben controlar el proceso”.

Otro aspecto sobre la sociedad disciplinaria de Foucault refiere al ejercicio del poder más allá de la justificación jerárquica, a lo que Giraldo (2008, p. 87)

enuncia como técnicas de sanción normalizadora consistente en una mirada normalizante, una vigilancia que califica, clasifica y castiga. Destacábamos en el apartado sobre los datos de la violencia obstétrica en México que las mujeres encuestadas referían el maltrato personal como la forma más habitual de violencia durante su proceso de parto. La ENDIREH 2016 indica que más del 10% de las mujeres encuestadas manifestaron que les gritaron o regañaron durante el parto e incluso que se tardaron mucho tiempo en atenderlas porque les dijeron que estaban gritando o quejándose mucho (INEGI, 2017, p. 46). Es un ejercicio de autoridad con una acción punitiva como medida de control de la paciente. El relato de nuestra participante lo reafirma: “Después de que me rompieran la fuente [día 2], las contracciones eran más fuertes y muy dolorosas, no aguantaba y comencé a gritar, al principio nadie me atendió, pero después parece que esto molestó a las enfermeras y solo me gritaban que me callara porque si no, no me bajarían para que me pudiera aliviar”.

Desde la perspectiva positivista, dice Restrepo (2011, p. 95), la salud queda reducida a la enfermedad, a lo individual, al plano de los fenómenos empíricamente observables y a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado. Este orden, manifiesto en el control protocolario, ejerce como método que permite a los profesionales ejecutar el proceso adecuado dentro del protocolo establecido. En este sentido, la participante describía:

La enfermera que estaba de servicio esa noche [día 1] llamó al doctor y me hizo otro tacto y solo tenía cuatro de dilatación, entonces entraron a la habitación otros dos doctores y comenzaron a hablar entre ellos. Dos de ellos querían reventarme la fuente ahí mismo para que me bajaran a tococirugía, si no se me rompía la fuente no podían bajarme porque no está permitido. Dos de los médicos que llegaron esa noche [día 2] querían reventarme la fuente ahí mismo para que me bajaran a tococirugía y el tercero decía que no, que ahí no era higiénico ni responsable, aparte de que no tenían el instrumental necesario, lamentablemente aun así lo hicieron. Yo era consciente de todo pero no podía participar, no sentía que quisieran preguntarme nada, ni me daban oportunidad de preguntar o pedir información o decir cómo me sentía. Estaba como aparte de esas discusiones.

Considero que si el doctor no me hubiera reventado la fuente no hubiera afectado los latidos de mi bebé y hubiera podido tener un parto natural.

Se evidencia una tendencia al orden y cumplimiento protocolario que conlleva el soporte de las decisiones médicas en evidencias o pruebas que constantemente son aplicadas en el proceso. Villanueva (2010, p. 20) asevera que hay una tendencia a aplicar un exceso de estudios de laboratorio y gabinete,

ocultamiento o manipulación de la información, tanto de la que se ofrece a familiares y pacientes como la asentada en el expediente clínico. Nuestra participante relataba:

En lo que me trasladaron a tococirugía [día 2] un médico de ahí le preguntó a la enfermera si la fuente se había reventado en forma natural, a lo que la enfermera respondió que yo me había parado al baño y que ahí se me había roto la fuente cosa que fue totalmente falsa, pero mi dolor no me dejó defenderme.

Alrededor de las 9 de la noche [día 2], con el proceso de inducción de parto avanzado, la fuente rota y las contracciones fuertes, me bajaron a sala de quirófanos. De pronto vi a cirujanos corriendo para decirme que los latidos de mi bebé eran muy débiles y que tenían que hacerme cesárea de urgencia, pero no me mostraron el latido ni me explicaron nada más.

Esta visión muestra un enfoque heterocompositivo de las estrategias de control o dominio respecto de las esferas públicas o estructurales que determinan o condicionan al individuo en sociedad para generar un equilibrio que, *a priori*, garantiza los derechos fundamentales y relacionales. Un dominio de notable invasión es el de la ejecución de las cesáreas. La ENDIREH 2016 reporta que en el periodo 2011-2016 fueron 3.7 millones de mujeres mayores de 15 años las que tuvieron una cesárea durante su proceso de parto, lo que supone que el 42.5% de las mexicanas dieron a luz mediante cesárea en los últimos años. De estos 3.7 millones de mujeres, el 10.3% (más de 375 mil) fueron intervenidas sin informárselos y el 9.7% (casi 300 mil) afirman no haber dado su autorización (INEGI, 2017, p. 47). Apuntaba la participante en este estudio: “No esperaron tiempos naturales para que se me rompiera la fuente, me lo provocaron para que el proceso de dilatación fuera más rápido. Y aun así no me dejaron dilatar del todo, a los siete centímetros me llevaron a operación de cesárea que no recuerdo cuánto duró”.

Cataldi (2003) explica que en la toma de decisiones médicas surgen a menudo factores que el médico considera y que no se reducen estrictamente al conocimiento técnico y científico, sino que van más allá, exigiendo un análisis ético y legal de los resultados. Nuestra participante relataba:

Cuando me dijeron que tenían que hacerme una cesárea de urgencia [día 2] nadie me explicó motivos, a pesar de que yo preguntaba y preguntaba y decía que yo había pedido parto natural. La cesárea me daba mucho miedo, no era lo que yo quería, no se había hablado de eso en mis visitas anteriores en el IMSS ni con mi particular. Como no me explicaban nada yo me asusté mucho, solo me

importaba la salud de mi bebé, pensé que no me decían nada porque algo grave pasaba, tenía mucho miedo.

Todas las decisiones, que previamente deben ser informadas correctamente al paciente o a la familia, conllevan una responsabilidad ética y otra legal, por ello es fundamental insistir en brindar una información veraz y recurrir sistemáticamente al consentimiento informado. Camacaro (2013, p. 187) asevera que una embarazada está en condiciones de vulnerabilidad no por su embarazo, sino porque en ese espacio hospitalario se encuentra sin poder decidir sobre su condición. La historia de nuestra participante lo refleja: “No me hicieron caso cuando dije que quería parto natural”.

Villanueva (2010, p. 23) refiere que la médica o el médico dictaminan que las mujeres no están sintiendo dolor aun cuando ellas así lo reporten, esto evidencia tres modos discriminatorios: por ser mujer, por ser de clase socioeconómica baja y por su ignorancia frente al saber científico. La participante en este estudio narraba:

Dos de los médicos que llegaron esa noche [día 2] querían reventarme la fuente ahí mismo para que me bajaran a tococirugía y el tercero decía que no. Me resistía porque sabía que me iba a doler, les decía que me iba a doler; ellos me ignoraban al principio, después me dijeron que no dolía tanto, que no era tanto. Aun así yo no me dejaba, así que mandaron traer a dos camilleros que mientras ellos me empujaban hacia abajo de los hombros, el doctor me reventó la fuente. Dilaté hasta siete por esa maniobra y las contracciones se dispararon al doble, el dolor era aún más fuerte.

La dimensión de salud reproductiva

La psicoprofilaxis perinatal, explican Sapién & Córdoba (2007, p. 220), llegó a México en 1957 a partir de corrientes europeas, era un entrenamiento que se daba a las mujeres durante el embarazo para que tuvieran un parto menos doloroso. En la actualidad, este entrenamiento implica un logro para las mujeres en tanto ejercicio de su derecho a parir no dormidas sino conscientes. Un elemento que incluye esta capacitación es la lactancia materna. Indican Sapién & Córdoba (2007, p. 220) que se habla de las numerosas ventajas nutricionales, psicológicas y económicas de que al bebé se le alimente con leche materna exclusivamente hasta que cumpla al menos medio año de edad, así como de las desventajas de alimentarlo con biberón y sucedáneos. Al respecto, la participante de este estudio decía:

En el hospital, pero era demasiado teórico porque hablaban mucho de los beneficios y era un grupo de madres, algunas con varios hijos ya. Y está bien, claro, para entender, pero para saber cómo sujetar el bebé y lavarme y sacarme leche, eso mejor lo aprendí de una doctora particular que fui a consultar [primer bebé] que me enseñó a mí sola ya con mi bebé.

La psicoprofilaxis perinatal está relacionada con la salud reproductiva, elemento que cobra cada vez mayor relevancia en los servicios de salud de México, dado que cuando mejora la atención y prestación de un servicio, se incrementa la cobertura, y se reducen los riesgos de enfermedad o muerte asociados a las prácticas sexuales y reproductivas, con lo que se fomentan actitudes responsables ante la salud y procreación. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 plantea estrategias de mejora para el desarrollo de la capacitación y sensibilización de las estrategias de salud sexual y reproductiva, en particular en lo relacionado con la prevención de infecciones de transmisión sexual, atención-detección temprana de enfermedad de cáncer mamario o uterino, trato digno hacia la diversidad cultural y la reducción de la mortalidad materna durante el embarazo y parto (ProNalSalud, 2007, pp. 69-70). Sobre los métodos anticonceptivos, nuestra participante refería: “Sí tuve charlas informativas para cuidarme y no quedar embarazada [ambos embarazos]. En el hospital, sí. Ahí aprendí y ahora, en mi segundo parto, como mi esposo no haría la vasectomía, decidí optar por el DIU y ahora sí firmé la autorización puesto que tenía planeado hacer lactancia exclusiva y era el método que mejor me iba por hormonas y eso”.

La toma de decisiones con predominancia en los actores sanitarios trasciende a procesos de planificación familiar o salud reproductiva. Almaguer *et al.* (2010, p. 5) sostienen que a través del dominio se construyen y legitiman privilegios para los varones, obtenidos del trabajo gratuito y explotación de las mujeres, negándoles y menoscabando el reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos humanos. Esto otorga a los hombres en su calidad de padres, esposos, jefes o sacerdotes, poder y control sobre las mujeres, sobre sus cuerpos y su trabajo. Consigue la complicidad de la mayoría de los varones, tanto como de las estructuras que rigen las instituciones en las que se ejerce dicha dominación masculina. Así, testimoniaba la participante en este estudio:

Tras el segundo parto, mi esposo y yo habíamos decidido que él se haría la vasectomía y ellas me decían que yo era una egoísta porque iba a hacerlo sufrir, que yo era la que me tenía que operar porque yo era la que me embarazaba y ya me iban a abrir con la cesárea, que de una vez me operara. Todos esos comentarios me hicieron sentir realmente mal y solo cerraba los ojos para que el tiempo pasara rápido. Siempre fue el DIU, que es lo mejor para mí y mi bebé.

Conclusiones

La medicina moderna ha asumido la salud y la enfermedad como fenómenos relativos a un organismo mecánico, sincrónico y analizable, que puede explicarse con leyes que permitan establecer la causa-efecto. Este paradigma reduccionista de la salud centrado en lo bioquímico y analizable mediante la praxis médica, remite al concepto de bienestar biológico (relativo a la funcionalidad sistémica), pero aborda residualmente el bienestar psicológico y el social, por lo que se puede señalar de limitado para la procuración de salud. Es un paradigma muy criticado en las ciencias sociales desde la perspectiva de la salud colectiva o comunitaria. La salud en sociedad debe entenderse desde una visión plural que aglutine el imaginario social sobre el concepto de salud y los requerimientos para su logro según las características sociales particulares y presentes —tendientes al cambio por el mismo desarrollo social—, además de los clásicos factores biotécnicos que restablezcan el funcionamiento sistémico biológico ante la enfermedad.

El bienestar durante el proceso reproductivo integra diversas acciones para satisfacer necesidades médicas, psicológicas, contextuales y de relaciones, que se deben acompañar de la ejecución y disfrute de los derechos médicos, sociales y humanos. Esto lleva a la crítica sólida de la procuración de salud reproductiva en México, en la cual la protocolización estructurada y de marcada tendencia biomédica otorga rigidez y confiere procesos comunes y semejantes a los procesos de parto, dejando al margen de lo preestablecido los requerimientos o preferencias que no se contemplan por ser psicosociales, pero que se encuentran presentes en la experiencia subjetiva y simbólica de la mujer gestante. Así pues, los protocolos institucionales necesitan contemplar todos estos componentes al configurar su estrategia de atención y procuración sanitaria.

La representación social de los profesionales de la salud, con base en el dominio científico, dibuja un perfil confiable al que se legitima para controlar el espacio clínico. Además, ante la incertidumbre del proceso de parto —este no se acoge a reglas, cada corporalidad desarrolla el propio—, junto al deseo de que el bebé no presente complicaciones que resulten en secuelas biopsicológicas, la mujer que lo vive se encuentra vulnerable y recurre a lo que considera como el mejor enfoque para su situación, lo cual, en la amplia mayoría de casos, lo determina el equipo médico aun cuando no coincida con su propio criterio o deseo. Por otro lado, la simbología que se genera de los pacientes engloba desconocimiento, falta de capacidad y negligencia de salud-enfermedad, que serán, en gran medida, causantes de su enfermedad. Como los pacientes parecen incapaces de gestionar su salud están obligados a adaptarse a la idiosincrasia de las supraestructuras institucionales para garantizar una intervención adecuada.

Esto justifica el control sanitario que se manifiesta en muchas ocasiones como una manipulación o intervención extralimitadas sobre la paciente y una disposición de su cuerpo subordinada al procedimiento médico más allá de su bienestar subjetivo, por lo que la autonomía de la mujer durante su proceso de parto se relega a segundo plano privilegiando la praxis médica. Este etiquetamiento negativo se profundiza cuando la mujer pertenece a una cultura o etnia indígena, entonces se le estigmatiza hasta el punto de cuestionar, deslegitimar y desacreditar sus ideas de los procesos obstétricos propios de su cultura, el más destacado el parto en posición vertical. Esta discriminación cultural se aborda en protocolos para la gestión del proceso de parto del IMSS y la Secretaría de Salud a nivel estatal y federal —los más recientes en 2018—, pero sus resultados pueden vincularse más a la prevención de la muerte materna que a lograr un trato digno o humanizado durante el parto.

Las dinámicas de poder/obediencia de los procesos de parto incluyen la toma de decisiones que, como se comprueba en este estudio, en general la ejecuta el o la profesional de la medicina que cuenta con la legitimidad médica. Plausible, sí, no obstante, se debe garantizar información de calidad y permanente a la mujer parturienta, así como su participación activa y decisión en aspectos médicos que no concurren en complejidades o lo técnico. Existe un abuso en la práctica de cesáreas con justificaciones médicas cuestionables, pero, sobre todo, es criticable cómo se ignora el consentimiento menoscabando la integridad de la mujer y sus derechos médicos y humanos. En los casos en los que sí se solicita se observa la influencia patriarcal ya que se prima la decisión masculina del esposo o del padre en contra de la autorización materna. Habría que comprobar que la mujer se encuentra en disposición de decidir —que está consciente en ese momento—, pero en general se evidencia que se suplanta la autodeterminación y capacidad decisoria de la mujer en proceso de parto en lo que a la cesárea se refiere. Es oportuno replantear ambas simbologías cuestionando el rol exageradamente pasivo de la mujer en lo que toca a su salud reproductiva para alentarla a demandar su espacio legítimo y, en su caso, buscar el respaldo institucional. Al igual que el exageradamente empoderado perfil médico que, con el reconocimiento científico, establece líneas que separan lo médico o estrictamente científico de lo cultural y emotivo propios del parto humanizado.

Con el análisis de este estudio es factible definir el bienestar reproductivo como la posibilidad de gozo o disfrute consciente, activo y pleno del proceso obstétrico, el cual comprende la planificación, gestación, parto, puerperio y lactancia. Es un bienestar que se atribuye a factores personales desde el punto de vista de la autodeterminación y responsabilidad materna, así como a aspectos relacionados con la procuración directa del tratamiento, apoyo y asistencia del personal médico y con la consideración institucional traducida por la regula-

ción formal y fundamentada de protocolos de acción basados en procedimientos biológicos o psicológicos pero con incidencia en aspectos relacionales y de bienestar integral de la mujer gestante.

La resignificación del proceso reproductivo y de la identificación de las necesidades que se requieren para conseguir el bienestar en los procesos de salud reproductiva tienen un marcado componente individual donde la mujer gestante debe ser capacitada y participe de su proceso como sujeto activo. La mujer gestante es sujeto de derecho por lo que el entramado institucional sanitario debe procurar estrategias procedimentales acordes a sus necesidades plurales a fin de garantizar su óptimo desarrollo reproductivo.

Referencias

- Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 3-12.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Bodelón, E. (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 48(1), 131-155.
- Camacaro Cuevas, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18(40), 185-192.
- Cataldi Amatriaian, R. M. (2003). La autonomía en la toma de decisiones médicas. *Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*, 3(3). https://www.smiba.org.ar/revista/vol_03/03_03_03.htm
- Ceballos-Herrera, F. (2009). El informe de investigación con estudio de casos. *Magis Revista internacional de Investigación en Educación*, 1(2), 413-423.
- Chicharro Merayo, M. M. (2003). La perspectiva cualitativa en la investigación social: la entrevista en profundidad. *Revista del CES Felipe II*, (0), 1-7.
- Contreras-Tinoco, K. A. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *Musas*, 3(2), 50-72. <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.4>

- Corral-Manzano, G. M. (2019). El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. *Musas*, 4(2), 100-118. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.6>
- De León-Escribano, C. R. (2008). Violencia y género en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, (2), 71-91
- Giraldo Díaz, R. (2008). Prisión y sociedad disciplinaria. *Entramado*, 4(1), 82-96.
- Goffman, E. (2003). Capítulo 1. *Estigma. La identidad deteriorada* (pp. 11-12). Buenos Aires: Amorrortu.
- González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, (29), 85-103. <https://doi.org/10.35362/rie290952>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Buenos Aires: Katz.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, Principales Resultados*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal*. México: INEGI.
- Lagarde de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madres, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, (20), 165-193.
- Mead, G. H. (2010). *Espíritu, persona y sociedad*. México: Paidós.
- Neuman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237). Barcelona: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS.
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. Madrid: La Muralla.

- Restrepo Ochoa, D. A. (2011). La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud pública comprensiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), 94-102.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-50.
- Ruiz, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Deusto.
- Sapién López, J. S., & Córdoba Basulto, D. I. (2007). Psicoprofilaxis perinatal: Preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*, 17(2), 219-229.
- Secretaría de Salud (ProNalSalud). (2007). *Programa Nacional de Salud ProNalSalud 2007-2012*.
- Spradley, J. (1983). *The ethnographic interview*. Florida: HBJ College Publishers.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Szarazgat, D. (2006). Etiquetamiento y exclusión. Paradigmas actuales dentro del campo de gestión del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(7), 1-3. <https://doi.org/10.35362/rie3972533>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Villanueva Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 21-26.
- Yacuzzi, E. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación*. (Serie Documentos de Trabajo, núm. 296), 1-37.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research*. Londres: Sage.