

Las Instituciones de Salud: Los Nuevos Espacios Donde se ejerce la Violencia Contra las Mujeres, Caso México.

Health institutions: The New Spaces Where Violence against Women is Carried out, Case of México

Fecha de presentación: 01/10/2023, Fecha de Aceptación: 24/11/2023, Fecha de publicación: 01/01/2024



Silvia Solís-Falcón¹

E-mail: silviasolisfalcon36@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0241-2271>

Hector Augusto Mendoza-Cárdenas¹

E-mail: hector.mendozacd@uanl.edu.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6468-2766>

¹Universidad Autónoma Nuevo León, México

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Solís-Falcón, S., & Mendoza-Cárdenas, H. (2024) Las instituciones de salud: Los nuevos espacios donde se ejerce la violencia contra las mujeres. *Revista Ciencia & Sociedad*, 4 (1), 53-67.

RESUMEN

Durante décadas la violencia en contra de las mujeres se ha originado en diferentes contextos, el espacio escolar, el comunitario, el laboral, el familiar y el de pareja han sido los ámbitos en donde las mujeres han sufrido violencia, sin embargo, recientemente se ha identificado que las instituciones de salud pública son nuevos espacios en donde se ha hecho visible la violencia que se ejerce en contra de las mujeres. Dentro de las instituciones de salud se ha visibilizado los maltratos físicos, sexuales, psicológicos, discriminaciones y negligencias que han padecido las mujeres durante la atención obstétrica a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto (puerperio). Las prácticas violentas que viven las mujeres durante la atención obstétrica se han denominado violencia obstétrica, la cual constituye una forma de violencia de género y una trasgresión de derechos humanos, por lo anterior, el presente ensayo intenta mostrar un análisis conceptual de la violencia obstétrica, con ello se busca que las mujeres identifiquen los rasgos característicos de esta forma de violencia y así contribuir a su desnaturalización.

Palabras claves: Derechos humanos; Salud; Violencia.

ABSTRACT

For decades, violence against women has originated in different contexts; school, community, work, family and relationship spaces have been the areas where women have suffered violence; however, recently it has been identified that public health institutions are new spaces where the violence exercised against women has become visible. Within health institutions, the physical, sexual, psychological abuse, discrimination and negligence that women have suffered during obstetric care throughout pregnancy, during childbirth and after childbirth (puerperium) has been made visible. The violent practices they experience women during obstetric care have been called obstetric violence, which constitutes a form of gender violence and a violation of human rights. Therefore, this essay

attempts to show a conceptual analysis of obstetric violence, thereby seeking to women identify the characteristic features of this form of violence and thus contribute to its denaturalization.

Keywords: Human Rights; Health; Violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia es el abuso deliberado de la fuerza o del poder, que causa como consecuencia lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002). A lo largo de la historia las mujeres han sido uno de los grupos más vulnerables y que con frecuencia han sido víctimas de diversas formas de violencia, mismas que han afectado su bienestar físico, mental y social y vulnerado sus derechos humanos. Las mujeres han experimentado violencia tanto en el ámbito público como en el privado, los victimarios han sido desconocidos, familiares, compañeros, amigos, vecinos o incluso el Estado.

El hogar, la escuela, los parques, las calles y el trabajo han sido los ámbitos en donde a menudo las mujeres sido víctimas de violencia, sin embargo, recientemente se han identificado nuevas esferas sociales en donde se ejerce violencia contra las mujeres, siendo las instituciones de salud pública los nuevos espacios en donde se han hecho visible los maltratos físicos, sexuales, psicológicos, discriminaciones y negligencias que se llevan a cabo hacia las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, así mismo, se ha hecho público la masificación de cesáreas y otros procedimientos médicos que se les realiza de forma coercitiva, sin consentimiento informado y que no tienen justificación médica (Castro y Erviti, 2015).

Estas prácticas médicas violentas que experimentan las mujeres durante durante el embarazo, el parto o el puerperio, se han denominado violencia obstétrica. Esta forma de violencia se lleva a cabo durante la atención de la salud reproductiva y constituye una violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015; Gruenberg, 2016).

Actualmente la violencia obstétrica es considerada un problema social y un problema de salud pública. Las instituciones de salud son ámbitos en donde se han identificado diversos maltratos que se ejercen en contra de las mujeres, con esto se afirma que la violencia contra las mujeres sigue siendo un fenómeno social que requiere ser investigado, es por ello que el presente ensayo tiene como objetivo analizar teóricamente la violencia obstétrica, esto con la finalidad de mostrar algunos rasgos característicos de esta forma de violencia.

Por lo anterior, en este documento se presentan datos teóricos que permiten tener una aproximación a la dimensión del problema, así mismo, se incorporó un panorama estadístico de la violencia obstétrica en México, estos datos duros pretenden mostrar las generalidades del problema y brindar un primer acercamiento cuantitativo en torno a la violencia obstétrica. Del mismo modo, se presenta una revisión teórica que permite visualizar a la violencia obstétrica como un problema de salud pública y para concluir este trabajo, se muestra una serie de reflexiones que giran en torno a este problema social.

Finalmente, se espera que a través de este ensayo se hagan visibles algunas de las características de la violencia obstétrica y que sirvan para que las mujeres conozcan e identifiquen las manifestaciones de esta forma de violencia y así dar inicio a la desnaturalización de este fenómeno social que durante décadas ha sido naturalizado y legitimado inclusive por las propias mujeres.

MÉTODOS Y MATERIALES

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque descriptivo y correlacional como el que proponen Hernández, Fernández y Baptista (2014). En ese sentido, a través la descripción se buscó caracterizar las dimensiones del fenómeno de la violencia obstétrica. Por otra

parte, el análisis correlacional sirvió para analizar el tema de la violencia obstétrica y la asociación que existe con la violencia de género y la violación de los derechos humanos.

El método empleado fue la revisión teórica, para ello fueron utilizadas fuentes primarias y secundarias, entre ellos artículos científicos y libros que abordaban la violencia obstétrica desde diversas perspectivas.

Para la revisión de los conceptos se establecieron categorías de análisis, mismas que permitieron facilitar la descripción y el desarrollo del tema de estudio. Por lo anterior, la metodología aplicada contribuyó para tener un acercamiento y mostrar con mayor precisión las características del fenómeno estudiado.

DESARROLLO

Las instituciones de salud y la violencia contra las mujeres

En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una declaración en donde indicó el hecho de que resultaba alarmante el gran número de mujeres que mencionaban las experiencias de violencia que habían vivido dentro de las instituciones de salud, a lo largo del embarazo y particularmente en el parto. Las mujeres dentro de las instituciones de salud habían experimentado tratos irrespetuosos, ofensivos o negligentes.

Según la OMS (2014) las mujeres han estado expuestas a maltratos físicos y verbales, humillaciones, les han realizado procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, esterilizaciones forzadas, también experimentaron falta de confidencialidad, incumplimiento del consentimiento informado, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes a la privacidad, negación del servicio médico y negligencias médicas.

Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas (2016, p.15) consideran que la violencia en contra de las mujeres dentro de las instituciones de salud es un problema social complejo y multicausal, dado que refleja “un entramado de relaciones de poder, de discriminación e inequidad social y de género”. Estos autores mencionan que algunas de las causas se relacionan con la precariedad del sistema de salud; es decir, los médicos tienen largas jornadas laborales y existe poco personal que cubra los turnos, no existen las condiciones necesarias para que el servicio de salud sea de calidad; tales aspectos podrían generar mala calidad en el servicio y en la atención.

Otra de las causas que inciden en la violencia obstétrica puede ser “el desconocimiento del personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, aunado a la cultura médica hegemónica” (Valdez et al, 2016, p.15). Esto coincide con lo que apuntan Castro y Erviti (2015, p.252), dado que estos autores refieren que la violencia en contra de las mujeres en las instituciones de salud obedece al “*habitus* médico”, es decir, a las prácticas autoritarias que los médicos van adquiriendo durante su formación profesional y que posteriormente reproducen en el campo de trabajo; de igual forma, añaden que este problema también se debe a el desconocimiento de los derechos de las mujeres en el campo de la salud reproductiva, pero a diferencia de Valdez et al (2016), que indican que este desconocimiento de derechos es por parte del personal de salud, para Castro y Erviti (2015) el desconocimiento es por parte de las mujeres.

Los autores antes referidos llegan a un consenso que indica que es necesario estudiar el fenómeno desde una perspectiva social; en palabras de Castro y Erviti (2015), analizar su “génesis social”. De igual manera, consideran inaplazable explorar el problema, dado que la violencia en contra de las mujeres en las instituciones de salud se ha naturalizado e institucionalizado. A pesar de que existen evidencias que muestran que las mujeres son víctimas de la violencia en las instituciones de salud, no existe un consenso de cómo definir y medir estas formas de maltrato. Por ello, se requiere de investigaciones que permitan definir, medir y comprender las prácticas de violencia que se originan en estos espacios.

La violencia obstétrica una nueva forma de violencia contra las mujeres: El caso de México

Las instituciones de salud constituyen otro espacio donde se ejerce violencia en contra de las mujeres, en ese sentido, la mala atención y las prácticas médicas violentas han sido conceptualizadas como violencia obstétrica; Gruenberg (2016) menciona que la tipificación de esta forma de violencia hacia las mujeres es reciente y a nivel internacional solamente tres países la han incluido en sus marcos jurídicos, entre estos se encuentran Venezuela, Argentina y México. El primer país que incorporó el concepto de violencia obstétrica en sus leyes fue Argentina en 2004, este concepto se incluyó en la Ley de Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida; el segundo país que adicionó esta forma de violencia en su marco normativo fue Venezuela, por lo que en 2007 se agregó este concepto a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

En el caso de México existe un orden de carácter federal y otro de carácter estatal, a nivel federal en 2007 se estableció la Ley General para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), esta normatividad tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; no obstante, esta normativa federal carece de una conceptualización de violencia obstétrica, sin embargo, a nivel estatal cada entidad federativa ha ido adoptando y modificando sus marcos normativos de acuerdo a sus necesidades sociales (Secretaría de Salud, 2010). Es importante referir que a nivel federal diversos partidos políticos han realizado iniciativas para agregar el concepto en la LGAMVLV en 2013, 2014 y 2015, con el propósito de incorporar el concepto de violencia obstétrica, dichas propuestas han sido desechadas (GIRE, 2015), por lo que hasta el 2023 se carece del concepto en este marco normativo federal.

El interés por investigar este problema social inició en 2020, la revisión realizada permitió identificar que durante ese periodo solamente 17 estados de la República habían incorporado el concepto a sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, sin embargo, del 2020 al 2022, 10 estados más lo han agregado a sus marcos normativos, el Estado de México, San Luis Potosí, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Yucatán, Coahuila, Baja California y Sonora son los estados que añadieron el concepto recientemente.

Por lo anterior, al 2023 son 27 entidades que han incorporado esta forma de violencia en su normatividades, Baja California Sur, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Tabasco son las cinco entidades que aún no lo han adicionado. Sin embargo, una de las críticas a señalar es la inexactitud con la que estos estados han anexado este concepto al marco legal, ya que en su mayoría no se describen con precisión las conductas prohibidas que constituye la violencia obstétrica, ni las sanciones aplicables a dichas conductas.

La revisión de estos documentos permitió detectar que la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Sonora (2022) se considera la más completa, ya que en ella se describen cuáles son los actos que se consideran violencia obstétrica, además instituye aspectos que deben cumplirse en materia de prevención y erradicación de este problema social, del mismo modo, refiere las obligaciones que le corresponden a la Secretaría de Salud Pública, así mismo, añade que el personal médico y de enfermería de los hospitales públicos y privados deberán capacitarse y certificarse anualmente en materia de prevención, atención y erradicación de caso de violencia obstétrica, y cuando la Secretaría de Salud Pública advierta que un médico o enfermero no cuente con la capacitación y certificación correspondiente, deberá sancionar con una multa equivalente de 50 a 100 días de salario, otro aspecto importante es que esta ley establece que los hospitales públicos y privados deberán contar con un módulo especial para la recepción de denuncias.

No obstante, de que 27 estados de la República han incorporado el concepto a sus leyes de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, solamente Aguascalientes, Veracruz, México, Guerrero, Quintana Roo y Chiapas han tipificado la violencia obstétrica como delito en sus códigos penales. En el código penal del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, la violencia obstétrica se adicionó como delito en 2010, en Chiapas entró en

vigor en 2014, en Aguascalientes en 2015 y 2018, en México en 2016, en Guerrero en 2017 y en Quintana Roo en 2017.

A pesar de que existen marcos normativos que prohíben la violencia obstétrica, la falta de operatividad de estas leyes se hace visible, ya que las cifras indican que esta forma de violencia la han padecido 31.4% de las mujeres mexicanas que tuvieron un parto (INEGI, 2021). Por lo tanto, la permanencia de un problema social para Endler, Al Haidari, Chowdhury, Christilaw, El Kak, Galimberti, Gutierrez, Ramirez-Negrin, Senanayake, Sohail, Temmerman y Danielsson (2020) demuestra la ineficacia de las leyes, además de que se pone de manifiesto las discrepancias entre la agenda pública y la realidad social; también indica la existencia de brechas entre la política y la práctica, es decir, los problemas que pasan a una agenda pública no se ven reflejados en una política pública concreta.

Panorama estadístico sobre la violencia obstétrica en México

Los datos estadísticos que a continuación se muestran fueron retomados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) la cual fue aplicada en México en 2016 y 2021, cabe referir que la edición 2016 fue la primera versión que incorporó la medición de la atención obstétrica, temática que en las ediciones previas no se había contemplado, de igual manera, la versión 2021 incorporó variables para medir esta forma de violencia contra las mujeres.

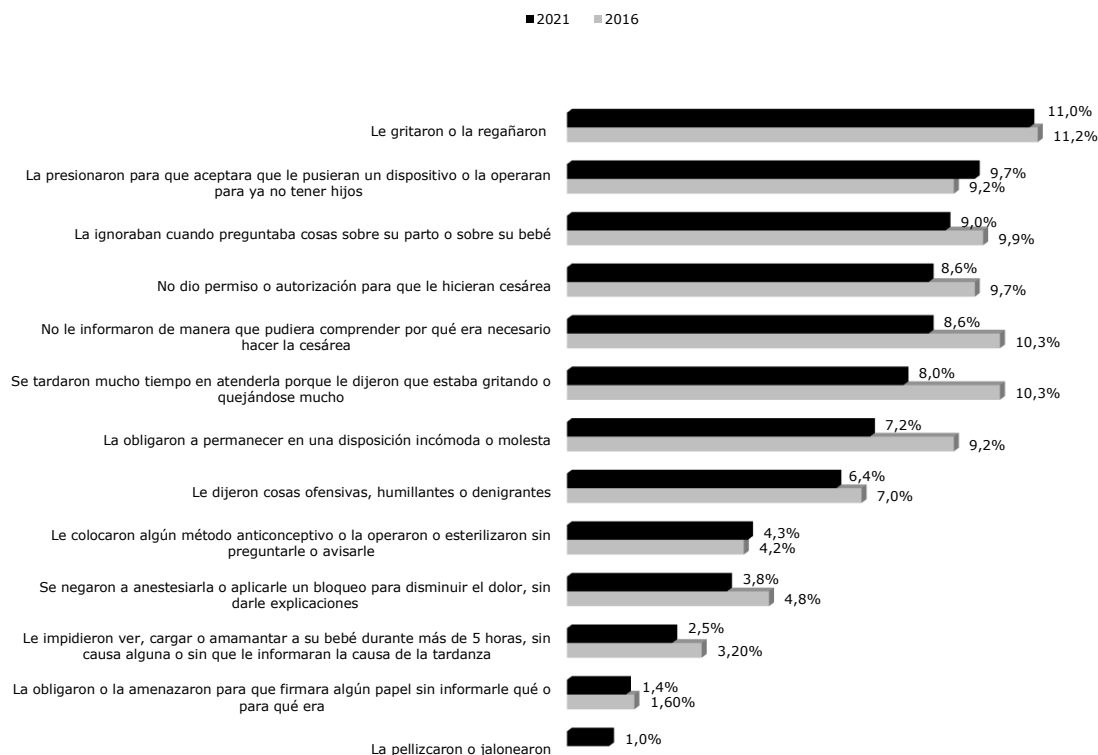
Los datos que arrojó la ENDIREH 2016 muestran que en México 33.4% de las mujeres de entre 15 a 49 años que tuvieron su parto en los últimos cinco años, percibieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron durante el mismo, mientras que en 2021, 31.4% de las mujeres indicó haber experimentado maltrato obstétrico; como se puede observar existe una disminución del 2%, sin embargo, se debe considerar que esta forma de violencia puede ser una de las más naturalizadas, lo cual podría incidir en la no identificación de los maltratos, así como en los bajos reportes al momento del levantamiento de la encuesta.

La ENDIREH indicó que las probabilidades de sufrir violencia aumentan en las mujeres que tienen de 15 a 24 años, dado que en 2016 37.7% de mujeres entre ese rango de edad experimentaron maltratos obstétrico, mientras que en 2021 35.5% fueron víctimas de esta forma de violencia. La ENDIREH reportó que en 2016 las entidades que presentaron mayor proporción de violencia obstétrica en el país fueron: Estado de México (39.5%), Ciudad de México (39.2%), Tlaxcala (37.7%), Morelos (37.2%) y Querétaro (36.9%). Mientras que en 2021 las entidades con mayor prevalencia fueron San Luis Potosí (38.9%), Tlaxcala (38.5%) y Ciudad de México (38.5%).

Esta encuesta en ambas versiones ha mostrado algunas de las situaciones de violencia obstétrica que experimentaron las mujeres al ser atendidas durante el último parto. Entre los maltratos más frecuentes se identificaron: los gritos y regaños, el tiempo prolongado que tardaron para brindarles atención médica, ignorar las dudas o preguntas que realizaban sobre su parto, la presión que recibieron para que se colocaran un dispositivo o para que aceptaran operarse para ya no tener hijos, entre otras (véase la gráfica 1).

Las Instituciones de salud: Los Nuevos Espacios docente se Ejerce la Violencia contra las Mujeres, Caso México.

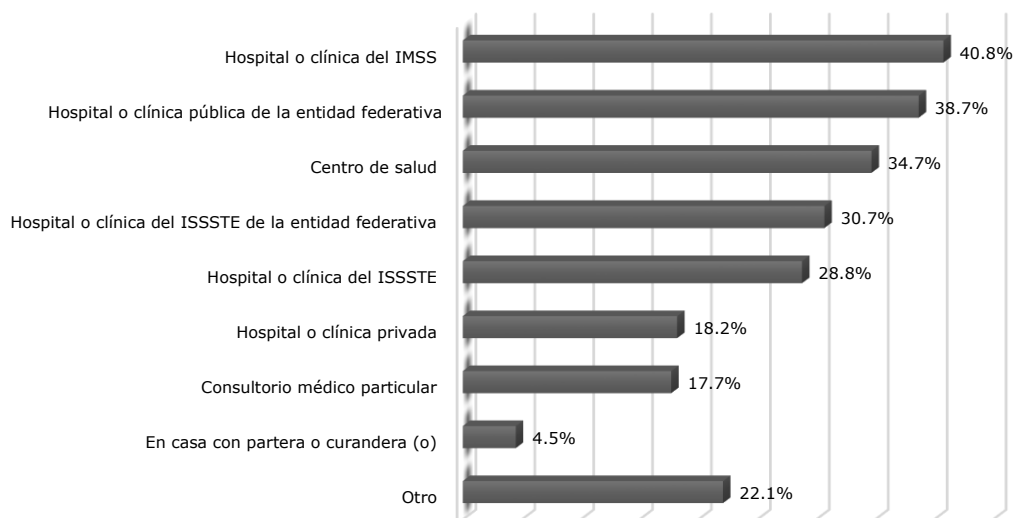
GRÁFICA 1. Maltratos que experimentaron las mujeres mexicanas de 15 a 49 años al ser atendidas durante el último parto, comparativa 2016 y 2021



FUENTE: INEGI, 2016 y 2021.

La ENDIREH aplicada en 2016 reportó las instituciones a las que acudieron las mujeres durante su último parto. Los datos muestran que las instituciones de salud en las que hubo mayores índices de maltrato en la atención obstétrica fueron: Hospitales o clínicas del IMSS (40.8%), hospitales o clínicas públicas de la entidad federativa (38.7%), centros de salud (34.7%), hospitales o clínicas del ISSSTE de la entidad federativa (30.7%), hospitales o clínicas del ISSSTE (28.8%), hospitales o clínicas privadas (18.2%), consultorios médicos particulares (17.7%), en casa con partera o curandera(o) (4.5%), y otros (22.1%) (véase la gráfica 2).

GRÁFICA 2. Instituciones de salud con mayores índices de maltrato en la atención obstétrica, 2016



FUENTE: INEGI, 2016.

Estos datos permiten identificar que existe una diferencia porcentual considerable (23%) entre la violencia que se recibe en hospitales públicos y en los privados o en clínicas privadas; las evidencias estadísticas indican que en los hospitales privados el maltrato obstétrico también se produce, pero en menor medida; esto se puede deber a que en los hospitales privados los servicios tienen un costo, por lo que el personal que atiende está obligado a brindar buena atención obstétrica. Esta situación es diferente para las mujeres que acuden a recibir servicios obstétricos en hospitales públicos.

Dado que la violencia obstétrica en contra de las mujeres hoy en día es evidente, esta forma de violencia ha sido objeto de investigaciones recientes. Dichos estudios han arrojado datos cualitativos y cuantitativos que indican que las mujeres frecuentemente son maltratadas en las instituciones de salud pública, a lo largo del embarazo, durante el parto y después del parto.

Algunos estudios han analizado y debatido teóricamente el concepto mismo de violencia obstétrica (Barbosa y Modena, 2018, Secretaría de salud, 2010); Otras investigaciones, de corte cuantitativo y cualitativo se han realizado con la finalidad de analizar y caracterizar los tipos de violencia que han padecido las mujeres en las salas de parto (Crespo et al 2018; Da-Silva y Santana, 2017; Soto-Toussaint, 2016; Valdez et al, 2016). Otras más, desde un enfoque cuantitativo han buscado conocer la percepción de las usuarias de los servicios de salud sobre la existencia de violencia obstétrica (Figueroa et al, 2019).

Castro y Erviti, en 2015, realizaron un estudio con enfoque mixto, el cual analizó la violencia obstétrica desde la perspectiva de la práctica médica autoritaria. Asimismo, buscó "establecer la conexión entre el habitus médico, su génesis social y la violación de derechos de las mujeres en el campo de la salud reproductiva" (Castro y Erviti, 2015, p. 252). En ese sentido, se puede decir que existen estudios que se han realizado de forma reciente consideran que en la actualidad la violencia obstétrica se ha convertido en un problema que compete a la sociedad en su conjunto.

La violencia obstétrica un problema de salud pública

De acuerdo con Castro (2014), la violencia obstétrica cada vez se ha hecho más evidente dentro de las instituciones de salud, especialmente en los hospitales públicos. Lo anterior coincide con lo que señalan Valdez et al, (2016), quienes afirman que existen evidencias empíricas que muestran los abusos y maltratos que sufren las mujeres en las salas de parto de los hospitales públicos. Según Barbosa y Modena (2018) existe un factor que torna más vulnerables a las mujeres para sufrir violencia obstétrica. Este es el factor económico, dado que la precariedad propicia que las mujeres acudan a solicitar servicios médicos de muy bajo costo a las instituciones de salud pública, los cuales suelen carecer de calidad.

Montaño (2005) afirma que existe una diferencia entre la calidad de los servicios públicos y los privados a los que accede la población. Los primeros otorgan un servicio de muy bajo costo y por lo tanto brindan una calidad precaria, por lo que los que acceden a este servicio son ciudadanos con falta de recursos económicos. Mientras que los segundos brindan buena calidad, pero los que pueden acceder a este servicio son ciudadanos de solvencia económica.

De acuerdo con Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez (2015) el bajo costo financiado por el Estado de los servicios guarda una relación directa con una mala calidad de la atención. Del mismo modo, es preocupante que la mayoría de las muertes maternas ocurren por causas atribuibles a la calidad y atención precaria. Para estos autores, las deficiencias en la calidad de la atención abarcan tres dimensiones: la técnica, la de accesibilidad y la de trato.

El aspecto técnico se refiere a "la realización de intervenciones inadecuadas o inapropiadas, ya sea por deficiencias en las competencias desarrolladas por el personal médico o carencias en la infraestructura"; la accesibilidad se relaciona con "los obstáculos en el interior de los establecimientos para brindar una atención médica oportuna, incluye demoras e incluso negativas para otorgar servicio"; la dimensión de trato alude a "los distintos tipos de maltrato (físico, verbal y sexual) y las violaciones a la autonomía de las usuarias (por ejemplo, realización de procedimientos médicos sin consentimiento)" (Meza et al, 2015, p. 361).

Meza et al (2015) señalan que en México existen grandes fallas en las instituciones de salud pública y que hacen evidente la mala calidad técnica, administrativa y de trato que se brinda a las mujeres que acuden a solicitar servicios relacionados con la salud materna. Barbosa y Modena (2018) sugieren que esto afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, dado que ellas se convierten en usuarias de un servicio de bajo costo y, como afirma Montaño (2005), de dudosa calidad. Estos autores añaden también que las mujeres de minorías étnicas y las de baja instrucción escolar están más expuestas a los abusos de poder institucional, así como a las arbitrariedades de poder de los profesionales de la medicina.

Como ya se mencionó con antelación, Castro (2014) ha denominado "habitus médico autoritario" a este abuso y maltrato obstétrico que ejerce el personal de salud. Para este autor la condición económica es uno de los elementos que favorece la reproducción del habitus. Por lo tanto, las mujeres que no tienen posibilidades de pagar servicios privados se convierten en grupos de mayor vulnerabilidad y pueden ser más fácilmente víctimas de estas prácticas violentas y autoritarias.

Es importante mencionar que existen entidades en México que presentan una mayor proporción de casos de violencia obstétrica; esto no quiere decir, que en otros estados de la República Mexicana las mujeres no sufran esta forma de violencia (INEGI, 2016). Algunos estados ya han considerado que la violencia obstétrica es un problema social, lo que ha propiciado, como ya se dijo, que incorporen el concepto a su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y a sus códigos penales; asimismo, ha favorecido para que se realicen investigaciones que permitan lograr un acercamiento al fenómeno (GIRE, 2015).

Las Instituciones de salud: Los Nuevos Espacios docente se Ejerce la Violencia contra las Mujeres, Caso México.

En el estado de Morelos, Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas realizaron en 2012 un estudio cuantitativo en dos hospitales públicos. Para ello encuestaron a 512 mujeres, inmediatamente después del parto, que habían parido un hijo o hija vivo o muerto, a través de cesárea o de parto natural. La investigación se realizó con el objetivo de identificar cuál es el personal de salud que ejerce con mayor frecuencia violencia en contra de las mujeres. Del total de mujeres que percibieron violencia obstétrica, 40% manifestó haber sido violentadas por las enfermeras, 30% indicó que la violencia fue ejercida por las médicas y 30% señaló que fueron maltratadas por los médicos (Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2016).

Aunque existen diversas manifestaciones de violencia obstétrica, una de las principales preocupaciones es que, según Barbosa y Modena (2018, p. 8), es frecuente que las mujeres no logren distinguir si sufrieron o no violencia, dado que existe una "pasividad y confianza en los profesionales de la salud". Asimismo, señalan que, durante el proceso obstétrico, existe una fragilidad física y emocional que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad, por lo que terminan "aceptando los procedimientos sin ningún cuestionamiento, no expresan sus deseos, sus dudas y, en silencio, sufren sin al menos tener conocimiento de que fueron violentadas" (Barbosa y Modena, 2018, p.9).

La pasividad y docilidad de las mujeres, así como el desconocimiento de sus derechos, permite que el personal médico imponga su autoridad, sus comentarios despectivos, sus normas y valores morales, así como la decisión de lo que consideran que es mejor para ellas (Barbosa y Modena, 2018, p.9). Esta autoridad y prácticas violentas pueden ser ejercidas tanto por médicas, médicos o enfermeras como por cualquier persona que labore dentro de las instituciones de salud, y son diversas maneras en las que se puede expresar (véase la tabla 1) (OMS, 2014; Barbosa y Modena, 2018; Secretaría de Salud, 2010).

TABLA 1. Formas de expresión de la violencia obstétrica

Tipo de violencia	Concepto	Forma de manifestación
Violencia psicológica en la atención obstétrica.	Frases expresadas en el trabajo de parto y que son referidas por personal de salud tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor o temor. Trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, en donde es evidente el maltrato psicológico, el cual se acompaña de humillaciones y maltrato verbal.	Gritos, humillaciones, frases groseras, con faltas de respeto, coercitivas, vejatorias, discriminatorias, moralistas, comentarios críticos, irónicos y negativos, amenazas, constreñimiento, ignorarlas y minimizar su dolor, discurso autoritario y hostil, chantajes, intimidaciones hacia las pacientes, culpabilizar a las mujeres por situaciones de sufrimiento durante el parto.
Violencia física en la atención obstétrica.	Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, sin control y mediante la utilización de la fuerza física excedida y sin tomar en cuenta el dolor de las pacientes. Realizados con la finalidad de facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes, pero sin justificación médica.	Golpes en las piernas, pellizcos, realización de tocamientos vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía ¹ , realización de cesáreas innecesarias e injustificadas, falta de manejo adecuado del dolor (antes, durante y después del parto), realización de procedimientos sin hacer uso de anestesia (retirado manual de la placenta, sutura, parto por cesárea), practicar la maniobra de Kristeller ² .
Violencia sexual en la atención obstétrica.	Realización de tocamientos o manipulaciones de los genitales de forma grosera, sin respeto, sin consentimiento de las mujeres y sin justificación	Exposición de los genitales de las mujeres durante el tacto y los partos ante múltiples personas; exponer las partes íntimas (glúteos y genitales) debido a que las batas estén cortas o con listones rotos; realizar tocamientos

¹ La episiotomía es una incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto en algunas mujeres que viven un parto vaginal por primera vez (Berzaín y Camacho, 2014).

² La maniobra Kristeller consiste en hacer presión del fondo uterino en el período expulsivo (Becerra y Failoc, 2019).

Las Instituciones de salud: Los Nuevos Espacios docente se Ejerce la Violencia contra las Mujeres, Caso México.

	médica. Exposición de los genitales de las mujeres sin justificación médica.	vaginales sin guantes, manipulación genital de forma grosera y sin respeto, tocamientos en el cuerpo, vagina o recto sin consentimiento de las mujeres, mantener a las mujeres semidesnudas frente a la presencia de extraños, tener a las mujeres con las piernas abiertas y levantadas y con los genitales expuestos sin justificación médica.
Discriminación social en la atención obstétrica.	Rechazo e inadecuada atención médica por motivos culturales, económicos, religiosos, étnicos, de edad, entre otros.	Estigmatizar, emitir prejuicios, brindar trato diferencial por aspectos de raza, etnia, color, condición social, estrato económico, estado civil, preferencia sexual, religión, nivel educativo.
Negligencia en la atención obstétrica.	Descuido de precauciones y no brindar atenciones calificadas para atender a las mujeres antes, durante y después del parto. Negación a brindar atención médica e inadecuada atención médica.	Brindar asistencia indiferente, no otorgar la atención adecuada a las pacientes, denegar la atención a mujeres consideradas "quejosas", "escandalosas", "descompensadas", "poco colaborativas", "cuestionadoras", postergar o negar la asistencia a mujeres que acuden por situaciones de aborto.
Procedimientos médicos rutinarios, sin consentimiento o coercitivos en la atención obstétrica.	Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria en la atención del parto. Aquí se incluyen las acciones que pueden atentar contra la integridad de la mujer y de los hijos/as y que no tienen aportes positivos e inclusive pueden ser negativos.	Realizar procedimientos rutinarios y no siempre indispensables como: rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; realización rutinaria y sin justificación de la amniotomía ³ .

FUENTE: Elaboración propia, en base a: OMS, 2014; Barbosa y Modena, 2018.

El abuso del personal en las instituciones de salud es una práctica continua, naturalizada y que se manifiesta de diversas formas (Valdez et al, 2016). Los procedimientos quirúrgicos y médicos rutinarios, con frecuencia suelen ser sin consentimiento y coercitivos (Barbosa y Modena, 2018). En el caso de la cesárea, como ya se señaló, en México este procedimiento sobrepasa el promedio ideal que indica la OMS. En ese sentido, la Secretaría de Salud (2010, p.8) menciona que a las mujeres se les convence de que acepten la cesárea, pero no es "frecuente que se les informe del dolor, ni de los posibles riesgos, alteraciones y daños, tanto para ellas, como para la o el recién nacido".

Asimismo, este organismo señala que "una proporción importante de cesáreas realizadas en las instituciones de salud, se practican para facilitar la práctica de internas/os y residentes"; lo anterior resulta alarmante, dado que las mujeres son utilizadas como medios para obtener el aprendizaje de los residentes; "esto es un elemento tabú del cual nunca se habla, pero que se encuentra presente en hospitales institucionales con tasas de cesárea superiores a lo recomendado por la OMS" (Secretaría de Salud, 2010, p. 8).

De acuerdo con Valdez et al (2016), los médicos deben realizar la operación cesárea sólo como último recurso y solamente cuando está en peligro la vida de la madre o del hijo (a). Sin embargo, esta práctica esta naturalizada e inclusive es realizada como una práctica de aprendizaje.

Las mujeres en las salas obstétricas de los hospitales públicos están expuestas a diversos tipos de maltrato. Algunas son separadas de sus recién nacidos y los médicos retardan "durante horas el apego inmediato y la lactancia, sin alguna justificación médica"; en otros casos, cuando las mujeres terminan su labor de parto, los médicos realizan maniobras manuales para realizar la expulsión de la placenta, esto lo hacen sin anestesia, por lo que producen en las pacientes fuertes dolores en la cavidad uterina (Barbosa y Modena, 2018, p.6).

Barbosa y Modena (2018) mencionan que en las salas obstétricas con frecuencia se pueden observar situaciones que reflejan la violencia que viven las mujeres parturientas. Algunas

³ La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

se encuentran semidesnudas en presencia de extraños; otras están solas, sin presencia de algún familiar, en un escenario de dolor; en otros casos se les observa en posición de sumisión total frente a los médicos, practicantes y enfermeras, mientras que otras que todavía no están en labor de parto se encuentran con piernas abiertas, levantadas y con sus genitales expuestos.

Estos autores indican que a menudo el personal médico no escucha a las mujeres, por lo que se minimiza su dolor, aunque ya estén listas para parir. Asimismo, como ya se señaló, sufren humillaciones, regaños, gritos, frases intimidatorias, les limitan el derecho a expresar sus emociones y el dolor que produce el proceso natural del parto; en otras palabras son víctimas de violencia verbal y psicológica (Barbosa y Modena, 2018; Valdez et al, 2016).

Por otra parte, el tacto vaginal es uno de los procedimientos que los médicos ejecutan para evaluar y dar seguimiento a la dilatación del cuello uterino de las mujeres; de acuerdo con la OMS, se recomienda realizar esto en intervalos de cuatro horas (OMS, 2019). A pesar de ello, Valdez et al (2016) señalan que el número de tactos vaginales efectuados por los médicos a menudo exceden la norma, son realizados por diversas personas, cuando debe hacerlo siempre la misma persona; además, señalan que esta maniobra debe hacerla el personal médico calificado y a cargo del parto, aunque es común que este procedimiento se deje a cargo de practicantes.

La Secretaría de Salud (2014, p. 33) indica que el tacto vaginal debe realizarse brindando "privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de la exploración vaginal y de sus hallazgos". De igual manera, menciona que la persona que lleve a cabo este procedimiento "no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención" (Secretaría de Salud, 2014, p.33).

Sin embargo, Castro (2014) indica que algunos médicos ejecutan dicha prueba exploratoria (tacto vaginal) de forma violenta, con una actitud autoritaria y utilizando un tono de voz imperativo, por lo que no toman en cuenta el dolor de las pacientes; en palabras de Castro (2014, p.184-185), existe una "descalificación del dolor de la mujer", lo cual refleja una "extrema jerarquización" por parte del médico.

Por otra parte, se ha demostrado que algunos procedimientos médicos rutinarios no son indispensables e incluso podrían ser perjudiciales (Valdez et al, 2016). En el caso de la episiotomía, según la OMS (2019, p.7) "no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo". No obstante, Valdez et al (2016) señalan que esta práctica se sigue realizando de manera rutinaria en la mayoría de los casos. Barbosa y Modena (2018, p. 2) añaden que es frecuente que a las mujeres "les lastimen su vulva al practicarles las episiotomías de rutina", lo cual trae diversas consecuencias y que les podría "afectar su vida sexual futura".

A pesar de que se han realizado diversos estudios conceptuales, cualitativos y cuantitativos (Barbosa y Modena, 2018; Crespo, Sánchez y Domínguez, 2018; Da-Silva y Santana, 2017; Valdez et al, 2016; Figueroa, Hurtado, Valenzuela, Bernal, Duarte y Cázares, 2019; Secretaría de salud, 2010; Soto-Toussaint, 2016), aún no se ha logrado dimensionar la magnitud de la violencia obstétrica. Para Valdez et al (2016) los datos que existen sobre violencia obstétrica sólo son una aproximación de la realidad social que han experimentado miles de mujeres en los hospitales públicos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En México existen brechas y desigualdades sociales, además de violaciones de derechos a la salud materna, que ponen en riesgo a las mujeres. Tal y como lo señalan Castro y Erviti (2015), las desigualdades varían de un área geográfica a otra y difieren entre las mujeres indígenas y no indígenas; es decir, las mujeres que habitan en poblaciones indígenas tienen cinco veces más riesgo de fallecer durante la maternidad, además de que es más frecuente que se violen sus derechos humanos y reproductivos.

Valdez et al (2016) indican que las mujeres con mayor desventaja social y que acuden a solicitar servicios de salud a las instituciones públicas se convierten en grupos vulnerables, en donde los médicos se olvidan de sus derechos sexuales y reproductivos y, en algunos casos, sus cuerpos son utilizados para aprender. A pesar de que en México existen datos estadísticos que reflejan el problema de la violencia obstétrica y de que algunas entidades han realizado modificaciones en sus marcos normativos, para GIRE (2015, p.143) este fenómeno "sigue siendo un problema invisibilizado" y, por lo tanto, ha sido poco tratado por las autoridades mexicanas.

En materia de legislación, según GIRE (2015), existen lagunas importantes, dado que en más de la mitad de las entidades de la República Mexicana no existen sanciones aplicables para una mala praxis médica relacionada con la violencia obstétrica. Por otra parte, este mismo organismo señala que existe una falta de monitoreo en materia de salud materna, ya que los criterios y los procedimientos para la atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido⁴, no se aplican de manera adecuada y mucho menos son monitoreados (GIRE, 2015).

La falta de monitoreo de los criterios y los procedimientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, y la inoperatividad de un marco normativo que sancione estos delitos, contribuyen para que la mayoría de los casos de violencia obstétrica queden impunes, por lo que sólo los casos de extrema gravedad se hacen visibles; así mismo, la información para comprender esta forma de violencia está llena de vacíos, dado que se minimiza y resta importancia a las quejas y denuncias de las mujeres sobre las experiencias que han tenido en las instituciones de salud y que pueden ser actos que constituyen violencia obstétrica; lo anterior, impide dimensionar de forma completa la problemática de la violencia obstétrica en México (GIRE, 2015, p.143).

CONCLUSIONES

La violencia obstétrica aún permanece oculta dentro de las instituciones que atienden la salud materna e inclusive se ha naturalizado; consecuentemente, las mujeres que han sido víctimas no denuncian por el temor de provocar "reacciones violentas por parte de los médicos u otros miembros de los equipos de salud" y porque con frecuencia sus quejas no se toman en cuenta y son minimizadas.

Del mismo modo, la violencia obstétrica, muchas veces ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, también por las mujeres, por lo que algunas de ellas no dan relevancia a los maltratos por considerarlos parte del designio divino de dar vida; por ese motivo, prefieren concentrarse y gozar la nueva vida y olvidarse de las humillaciones y los malos tratos que recibieron.

La violencia obstétrica no sólo involucra dimensionar y caracterizar la magnitud del problema, sino que debe abarcar la generación de leyes, decretos y políticas públicas que protejan a las mujeres contra la violencia obstétrica; el conocimiento de las mujeres de sus derechos y la autonomía que tienen sobre sus cuerpos, así como la aplicación de penas, multas y condenas por los actos de violencia obstétrica cometidos por los agresores. Finalmente, vivir una vida libre de violencia es un derecho innegable.

Por todo lo anterior que el presente estudio pretende establecer un acercamiento teórico a la violencia obstétrica que padecen las mujeres mexicanas, lo cual permitirá que se reflejen las características de la violencia obstétrica que se vive en México. Asimismo, esta aproximación conceptual contribuirá para que estudios posteriores analicen y estudien esta forma de violencia desde otras perspectivas. En conclusión, se considera que analizar el tema de la violencia obstétrica resulta relevante, ya que con ello se tendrá un panorama de este problema social. En ese sentido, se espera que este acercamiento al fenómeno de estudio sea una contribución para la sociedad, la política social y para la academia.

⁴ Estipulados en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2 (GIRE, 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almaguer, J.A., H.J. García y V. Vargas (2010) (en línea). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. En: Secretaría de Salud (2010). *Género y salud en cifras*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/revistacompleta-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembrediciembre-2010> Página consultada el 15 de octubre de 2019.
- Barbosa, D.M. y C.M. Modena (2018) (en línea). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf Página consultada el 05 de abril de 2020.
- Becerra, N. y V.E. Failoc (2019) (en línea). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), e331. Epub 01 de diciembre de 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004 Página consultada el 03 de abril de 2020.
- Berzaín, M.C. y L.A. Camacho (2014) (en línea). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011 Página consultada el 03 de abril de 2020.
- Castro, R. (2014) (en línea). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001 Página consultada el 12 de abril de 2020.
- Castro, R. y J. Erviti (2015) (en línea). *Sociología de la práctica médica autoritaria Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM. Recuperado de: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crimunam/20170511032438/pdf_1464.pdf Página consultada el 20 de octubre de 2019.
- Crespo, D.N., B.M. Sánchez y D.P. Domínguez (2018) (en línea). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento* (Edición núm. 21) Vol. 3, No 7. Julio 2018, pp. 347-361. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/335672471_La_violencia_obstetrica_como_elemento_deshumanizador_del_parto Página consultada el 5 de febrero de 2020.
- Da-Silva, I. y R. Santana (2017) (en línea). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería global*, Vol.16, N°47, Murcia jul. 2017 Epub 01-Jul-2017. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071 Página consultada el 25 de octubre de 2019.
- Endler, M., Al Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., Gutierrez, M., Ramirez-Negrin, A., Senanayake, H., Sohail, R., Temmerman, M., Danielsson, K.G. (2020) (en línea). Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *Int J Gynecol Obstet*, 149: 113-119. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13111> Página consultada el 10 de abril de 2021.
- Figueroa, O.E., R. Hurtado, D.G. Valenzuela, J.D. Bernal, C.D. Duarte y F.A. Cázares (2019) (en línea). *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses*. Recuperado de: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71> Página consultada el 27 de octubre de 2019.

- Gruenberg, C. (2016). Tomando en serio el sufrimiento: la mortalidad materna como una forma letal de violencia de género. En: Díaz, D. y Gruenberg, C. (2016) (Coords.). *Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamiento desde los derechos humanos*. México: Ed: Gedisa, S. A. Pág. 29-59.
- GIRE (2015) (en línea). *Violencia obstétrica un enfoque de derechos humanos*. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Recuperado de: <https://gire.org.mx/wpcontent/uploads/2016/07/informeviolenaiobstetrica2015.pdf> Página consultada el 10 de octubre de 2019.
- Grupo Parlamentario de Morena (2016) (en línea). *Iniciativa que adiciona el artículo 6 de la ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, a cargo de la diputada Mildred Concepción Ávila Vera, del Grupo Parlamentario de Morena*. Recuperado de: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3871930_20190429_1556225465.pdf Página consultada el 18 de octubre de 2019.
- Guerrero, R.N., J.C. Hernández, L.I. Hernández y G.R. Aragón (2019) (en línea). Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. *Avan C Salud Med* 2019; 7 (1):23-32. Recuperado de: <https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/12/Acs191-05o.pdf> Página consultada el 04 de abril de 2020.
- INEGI (2017) (en línea). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf Página consultada el 22 de octubre de 2019.
- (2021) (en línea). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf Página consultada el 18 de mayo de 2021.
- Meza, A., S. Mancinas, S. Meneses y D. Meléndez (2015) (en línea). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 37. (4/5): 360-64. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/360-364> Página consultada el 02 de abril de 2020.
- Montaño, C. (2005). *Tercer sector y cuestión social. Crítica al patrón emergente de intervención social*. Sao Paulo: Ed. Cortez.
- OEA (1995) (en línea). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, (Convención de Belem Do Para)*. Organización de los Estados Americanos. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf Página consultada el 10 de enero de 2020.
- OMS (2002) (en línea). *Violencia infligida por la pareja*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23946&lang=es Página consultada el 15 de noviembre de 2019.
- (2014) (en línea). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1 Página consultada el 15 de enero de 2020.
- (2014) (en línea). *Documentos básicos*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> Página consultada el 15 de enero de 2020.

- (2019) (en línea). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Página consultada el 15 de octubre de 2019.
- (2019) (en línea). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/> Página consultada el 10 de abril de 2020.
- Secretaría de Salud (2010) (en línea). Género y salud en cifras. *Revista completa Género y Salud en Cifras*. Vol. 8 N° 3 Septiembre - Diciembre 2010. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/revista-completa-genero-y-salud-en-cifras-vol-8-no-3-septiembre-diciembre-2010> Página consultada el 08 de abril de 2020.
- (2014) (en línea). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf Página consultada el 08 de abril de 2020.
- Soto-Toussaint, L.H. (2016) (en línea). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología. Aspectos médico-legales en la práctica de la anestesia*. Vol. 39. Supl. 1 Abril- Junio 2016. Pp S55-S60. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf> Página consultada el 06 de abril de 2020.
- Valdez, E. Hidalgo, M. Mojarro y L.M. Arenas (2016) (en línea). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*. 2016; 21 (Supl: 1): 26-31. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161c.pdf> Página consultada el 23 de octubre de 2019.
- Ventura, W. y N. Lam-Figueroa (2008) (en línea). ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo?: Una revisión de la literatura. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69 (2), 127-129. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n2/a12v69n2.pdf> Página consultada el 04 de abril de 2020.