

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.420>

Análisis de las perspectivas teóricas sobre la salud y feminismo y su relación con el fenómeno de la violencia obstétrica

Analysis of theoretical perspectives on health and feminism and its relationship with the phenomenon of obstetric violence

Ana Laura Rodríguez Robles

ana.rodriquezrb@uanl.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0001-5750-7759>
Universidad Autónoma de Nuevo León
Nuevo León México

María de Jesús Ávila Sánchez

maría.avilasnz@uanl.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0002-8693-4634>
Universidad Autónoma de Nuevo León
Nuevo León México

Artículo recibido: 23 de febrero de 2023. Aceptado para publicación: 2 de marzo de 2023.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La salud siempre ha sido un tema de discusión desde varios frentes, en los que destacan la medicina, la filosofía y la sociología, todas estas ciencias se han centrado tanto en su definición como en los factores que inciden en los procesos de salud-enfermedad, asimismo existe una serie de perspectivas que buscan integrar teorías sociológicas para explicar los condicionantes que influyen directamente en la salud de las poblaciones, dichos enfoques dejan en claro como las inequidades dadas por el género, clase y etnia resultan ser claves en la atención médica. Retomando esta distribución desigual de la salud, cobra sentido, fenómenos como la Violencia Obstétrica, en donde la triple inequidad predispone a algunas mujeres a ser violentadas en las salas de parto. El presente documento hace una recapitulación sobre los conceptos de salud y su relación con el feminismo contemporáneo que da como resultado las nuevas corrientes teóricas, tales como la interseccionalidad, que buscan integrar a toda la heterogeneidad de formas femeninas que han sido desplazadas de la salud, prestando especial atención a los procesos de embarazo, parto y postparto. Con la finalidad de comprender los motivos presentes en el fenómeno de la Violencia Obstétrica.

Palabras clave: violencia obstétrica, feminismo, salud pública, salud colectiva

Abstract

Health has always been a topic of discussion from several fronts, in which medicine, philosophy and sociology stand out, all these sciences have focused both on its definition and on the factors that affect health-disease processes, Likewise, there is a series of perspectives that seek to integrate sociological theories to explain the determining factors that directly influence the health of populations. These approaches make it clear how inequities given by gender, class, and ethnicity turn out to be key in medical care. Returning to this unequal distribution of health, phenomena such as Obstetric Violence make sense, where triple inequality predisposes some women to be violated in delivery rooms. This document summarizes the concepts of health and its relationship with contemporary feminism that results in new theoretical currents, such as intersectionality, which seek to integrate all the heterogeneity of feminine forms that have been displaced from health, paying special attention to the processes of pregnancy, childbirth and postpartum. In order to understand the reasons present in the phenomenon of Obstetric Violence.

Keywords: obstetric violence, feminism, public health, collective health

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: Rodríguez Robles, A. L., & Ávila Sánchez, M. D. J. (2023). Análisis de las perspectivas teóricas sobre la salud y feminismo y su relación con el fenómeno de la violencia obstétrica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(1), 2341–2354. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.420>

INTRODUCCIÓN

La salud femenina ha sido objeto de diferentes frentes que van desde la filosofía, la medicina y las ciencias sociales, esto tiene como razón los tintes religiosos y morales presentes en el cuerpo de las mujeres, así como los diferentes cambios corporales, emocionales y sociales relacionados con la reproducción y este último ámbito sin lugar a duda, ha ocasionado un sin número de mitos, teorías y suposiciones sobre lo que se considera saludable.

Dentro de este proceso salud-enfermedad, el personal médico toma gran trascendencia sobre todo durante el periodo reproductivo, ya que son precisamente las mujeres quienes terminan por ser relegadas de su propio proceso, dejando de lado los saberes tradicionales y culturales sobre su cuerpo, para ser relevadas por los saberes científicos del médico, todo lo anterior cobijado por teorías como las del Síndrome de Burnout, el Modelo Médico Hegemónico, el Habitus Médico, entre otras.

El presente documento consta de dos grandes apartados, en el primero, se realiza una breve recapitulación sobre la teoría referente a la salud y el uso de teorías por las diferentes disciplinas para el cumplimiento de los objetivos de la medicina como ciencia. La segunda parte aborda la teoría crítica como una filosofía disruptiva en busca de la equidad, misma que fue utilizada como esbozo para los movimientos feministas que nos acompañan hasta hoy en día, para aterrizar en la interseccionalidad y su relación con la forma en que las particularidades de las mujeres juegan un papel clave en la atención de los servicios médicos.

Perspectivas Teóricas sobre la salud

La salud siempre ha sido un concepto muy abstracto y difícil de concentrar, debido a esto, ha existido una recurrente búsqueda por la unificación de su significación, dentro de dicha exploración han sido diferentes los ámbitos que han integrados sus concepciones, incluidas la perspectiva religiosa; en donde la salud era el beneficio o regalo de la comunión con Dios, desde una perspectiva mágica y/o chamánica, donde la salud depende del karma y la buena energía, y obviamente desde una perspectiva científica, en donde la mayoría de los estudiosos, describen la salud como un perfecto estado metabólico donde todo trabaja en armonía, mientras que la enfermedad la conciben, de manera general, como una pérdida de la homeostasis. Bajo esta perspectiva son muchos los autores que han hecho aproximaciones al concepto de la salud, sin embargo, y como era de esperarse la OMS sería el organismo encargado de enunciar un concepto, mismo que sería utilizado a nivel mundial desde entonces y que abarca todas las esferas incluidas en la salud, de manera tal que la describe como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Destaca que este concepto se ha mantenido intacto desde su publicación en 1946, lo que trae consigo una serie de problemas ontológicos sobre lo que es un ser realmente saludable. En relación con lo anterior, podemos comprender el motivo del sobrecupo de pacientes dentro de clínicas, consultorios y hospitales de todas las especialidades médicas. Esta demanda de servicios tan abrumante ha sido estudiada exhaustivamente, trayendo consigo resultados como son el estrés en el personal médico, el síndrome de burnout y baja calidad en cuanto al trato, así como a la infraestructura y pocos insumos dentro de los centros médicos (Chiarotti y cols, 2003; Castro, 2014; Vega, 2017).

De la misma manera, se ha empezado a vislumbrar que la sobredemanda también trae consigo un perfil bastante específico de los profesionales que ejercen la medicina; dicho perfil y utilizando la teoría de Bourdieu, ha sido denominado como habitus médico (Castro, 2014). El “habitus” de

Bourdieu se conceptualiza como el proceso en el que existe una naturalización de comportamientos y prácticas que se llevan a cabo a manera de legitimar las relaciones de poder, dentro de una misma comunidad, entiéndase como comunidad en el caso de la profesión médica como todos los profesionales de la salud; por lo que el “habitus médico” elimina por completo la ciudadanía de los sujetos que solicitan sus servicios, ejerciendo un estatus de poder, en donde solo el médico es conocedor de la enfermedad y los síntomas, incluso, por encima de quien los padece, igualmente, se pueden incluir ciertas vejaciones, malos tratos y daños a todos los pacientes, sin embargo, es bien conocido que este habitus médico genera que el personal de salud tiendan a minorizar los saberes de las mujeres sobre su cuerpo, siendo más severos en todo lo correspondiente a las cuestiones reproductivas, como lo son el embarazo, parto y postparto, incluso tienden a ridiculizar las tradiciones culturales y creencias de las mujeres pertenecientes a alguna etnia (Brigidi y Busquets, 2019).

Conjuntamente, el habitus médico se relaciona con la violencia obstétrica en el hecho del autoritarismo médico y la violación de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres en el embarazo y parto, además, la forma en que se educa al médico lo hace siempre protagonista de cualquier procedimiento, así que incluso en el parto, es él quien se encuentra por encima de la madre y del neonato.

Dentro de este orden de ideas y aunado a la teoría del habitus médico autoritario de Castro (2014), encontramos lo que Menéndez (1988), denomina como Modelo Médico Hegemónico (MMH), en donde enlista las particularidades del perfil del personal médico, este modelo es descrito en sus palabras como aquel sistema médico bien conocido el cual consiste en todas las prácticas, acciones, conocimientos y teorías medicas que han logrado establecerse como superior a cualquier otra práctica que tiene su fundamento en saberes tradicionales, culturales y aquellos que guardan relación con los poderes mágicos y religiosos.

Otro de los puntos importantes a resaltar del MMH es la denominada mercantilización de la salud, en la que el nivel socioeconómico determina el acceso a ciertos servicios de salud, por ejemplo, hoy en día es bien sabido que los sistemas de medicina pública cargan con la estigmatización de una atención de bajo nivel, y con un largo tiempo de espera, misma que se debe en gran medida a la alta solicitud de pacientes que atender, está es la razón por la que algunos de los médicos justifican la medicalización, así como la negación del servicio a los pacientes que bajo su observación no es necesaria.

Además, la mercantilización y medicalización de los procesos reproductivos relega a las mujeres pertenecientes a un estrato social medio-bajo a la no exigencia de atención, ni la empatía por sus quejas, así como a la privación del uso de una mejor tecnología, puesto que el bajo costo o en algunos de los casos la atención gratuita, crea un imaginario en las pacientes, en donde, la atención a su embarazo y parto es una forma del altruismo por parte del personal médico, de manera tal que, la aceptación de los actos violentos funcionan como una forma de pago por los servicios recibidos.

Otro de los rasgos dominante es el de la asimetría, el MMH conserva una estructura estructurante estructurada, donde el médico se encuentra en el primer nivel, por lo que todo lo demás; incluidos los pacientes, están por debajo de él, por lo tanto, el autoritarismo hace uso del ejercicio de poder en donde el médico como figura de autoridad impone sus ideas y deseos por encima de los de sus pacientes, incluso, son muchos los autores que han documentado (Arguedas, 2014; Castro y Erviti, 2015).

También, uno de los aspectos recurrentes en las investigaciones sobre el tema, es el acoso al que son expuestas las mujeres que no acceden a una esterilización después del parto, y es que, este es un ejemplo más del MMH autoritario, en donde el médico obstetra se siente con la capacidad moral de decidir por las mujeres cuántos hijos(as) dar a luz; mostrando una clara tendencia a la estigmatización y señalamiento sobre todo de las mujeres jóvenes, las pertenecientes a una etnia, a las denominadas “hiperfértilas”; así como las mujeres de niveles socioeconómicos bajos, lo que Vega (2017) denomina como “racialización”, es decir, los profesionales de la salud son quienes señalan quien es apto y no apto para reproducirse. Asimismo, se ha observado una predisposición a ignorar y retrasar la atención a las mujeres pertenecientes a una etnia indígena, de acuerdo con los hallazgos de Vega, el personal médico tiende a hacer una preconcepción de estas mujeres tachándolas de incultas, sin educación, tercas, sin higiene; por lo que las quejas de éstas, sus preguntas y sentimientos son disminuidos al juzgar que son fundamentados desde la ignorancia.

Todo lo anteriormente expuesto suponen una barrera para el acceso de las mujeres a los servicios de salud, ya que el autoritarismo y la falta de confianza con el médico son las quejas más comunes en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; a modo de respuesta en nuestro país se han formulado leyes que buscan eliminar cualquier forma de discriminación de las mujeres, como la Ley General de Salud (2021) y las Normas Oficiales Mexicanas, entre ellas la NOM-007-SSA2-2016 (DOF, 07/04/2016). Sin embargo, son pocas las mujeres que se atreven a denunciar la violencia obstétrica.

La salud pública y el acceso de la población a los servicios de salud

La salud pública es resultado de un primer acercamiento entre lo biológico y social, es decir, surge como una estrategia para acercar los servicios de salud a la población de manera que los profesionales de esta disciplina hacen uso de herramientas sociales para incidir en la promoción y prevención de la salud en las comunidades, y es precisamente esta característica social lo que la nombra como pública.

En este sentido se comprende que aún y cuando la salud pública inicia con la integración de las ciencias sociales dentro de sus proyecciones de intervención, no han cumplido con el objetivo de un acercamiento real a las poblaciones, esto en gran medida se debe a la relación existente entre médico-paciente, como ya se mencionó con anterioridad, la CONAMED (2018) es la instancia que registra las quejas sobre el servicio médico, siendo los servicios de ginecología y obstetricia donde más quejas existen en relación al maltrato, discriminación, falta de información o incluso negación de los servicios.

Por su parte, uno de los puntos débiles de la salud pública es la relevancia que adquiere las características biológicas de la población, lo cual moldea la forma de enfermar; sin considerar que están interrelacionados factores sociales, culturales, económicos e incluso mentales de cada persona.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Lo que se busca con las ciencias sociales integradas a la salud pública, es ir contra la unicausalidad y defender que la naturaleza de la afección no solo se encuentra en su carácter biológico, sino en un entramado de situaciones que determinan el proceso salud-enfermedad, si bien la triada ecológica explica la manera en que surgen las enfermedades, es importante integrar que el ambiente no solo es un componente biológico, sino que, incluye todos los factores

sociales que inciden en la generación de condiciones aptas para que el agente este presente y que el huésped sea susceptible.

El modelo de la multicausalidad de Marc Lalonde surge en 1974, siendo el primer modelo holístico de salud, mismo que acuñó como “los determinantes sociales de la salud”; y en el cual las enfermedades están condicionadas por cuatro factores; el estilo de vida, el medio ambiente, la biología humana y el acceso a los servicios de salud (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020),

Los determinantes sociales de la salud (DSS), mismos que se describen como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen... que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (WHO 2017). Entre estos determinantes podemos destacar las condiciones de empleo, ingresos, sexo, etnia, educación, posición social, así como el contexto socioeconómico y político, lo cual se ha ido diversificando, integrando el estrés laboral, desempleo, sueldo, localización, y área de la vivienda, su tamaño, acceso a lugares recreativos, amistades, asistencia a reuniones, colaboración de redes de apoyo, costumbres y tradiciones, etc.

Retomando los DSS dentro de la salud reproductiva y la violencia obstétrica, es entendible como el contexto social en el que se desenvuelven las mujeres dicta la forma en que van a ser tratadas durante su estancia en las clínicas, consultorios y hospitales, es que de acuerdo con el modelo DSS y la epidemiología clásica es posible realizar una distribución de los determinantes sociales de la salud reforzando la ideología de que cada categoría social, biológica y mental abonan a la enfermedad.

La salud colectiva como un paso más cerca de la población

Si bien, la salud colectiva tiene sus inicios a mediados del siglo XIX en Europa, como resultado del incremento en la población suscitada por la recién finalizada Revolución Industrial, es hasta la década de los setentas que surge con mayor fuerza y significado el concepto de medicina social o salud colectiva como una forma de búsqueda de la equidad social (Liborio, 2013), así como una respuesta a las causas de las enfermedades en los distintos estratos sociales en distintos contextos territoriales.

Es precisamente en el contexto Latinoamericano donde cobra fuerza la medicina social, debido a las situaciones particulares que sobresalen en los países con mayores dificultades para el mejoramiento de los estándares de vida; y es que en este sentido, la Salud Colectiva toma como un concepto base, la territorialidad (Morales y Rocha, 2017) como un factor clave de la estratificación de las sociedades, la explotación de los recursos naturales y la acumulación de capital, y se encuentra más que claro, las diferencias presentes en la morbilidad de las poblaciones a lo largo del planeta, así como la relación que tienen ciertas enfermedades con países que prestan sus servicios manufactura.

Dicho lo anterior, son varios los estudios (Amroussia and cols, 2017; Bohren and cols, 2019) que han demostrado como la Violencia Obstétrica tiene mayores índices en países en vías de desarrollo, lo cual está relacionado con la sobredemanda de servicios y falta de insumos, de manera que el personal médico tiende a hacer diferencias en el trato y a subvalorar los trabajos de parto de algunas mujeres, haciéndolas esperar por más tiempo lo que en múltiples ocasiones ha desencadenado partos en condiciones insalubres en las afueras de los hospitales.

La salud colectiva, como disciplina y práctica; necesariamente se mueve y se desarrolla en íntima relación con el contexto social, económico, cultural y político, la integración de éstos da un

panorama al posicionamiento de la causalidad de la enfermedad, otorgando gran peso al capitalismo, e insertando las formas de explotación junto con lo biológico y social como la multicausalidad de las enfermedades (Breilh, 2013).

Determinación Social de la Salud

La salud colectiva, trae consigo una corriente de pensamiento denominada Determinación Social de la Salud (DS), que busca dar respuesta al proceso salud enfermedad dentro de un contexto social en Latinoamérica, siendo precisamente México su mayor expositor, ya que es en nuestro país donde surge esta corriente epistemológica de la epidemiología social o crítica, misma que surge en un momento de crisis social con nuevos pensadores que buscan dar respuesta a las carencias en salud que son dadas por las estructuras sociales, sumamente marcadas, que mantienen una jerarquización que evita el acceso a los mejores estándares de salud y encierra a los grupos subordinados a mantenerse dentro de un ambiente nocivo, con sus factores de riesgo respectivos mismos que se encuentran de manera inherente, y no como estilos de vida, tal y como lo dicta la epidemiología clásica multicausal (Breilh, 2013).

Por lo anterior, la DS, sostiene que la salud está determinada tanto por procesos biológicos como por procesos sociales, mientras que la epidemiología clásica mide solo la probabilidad de enfermar sin importar el estrato social, género, edad y demás categorías sociales, por lo que todos los individuos tienen la probabilidad de enfermar de las mismas enfermedades (Breilh, 1999).

La DS se apega al paradigma de realismo crítico sociobiocéntrico, y es con esto con lo que se intenta explicar que la forma en que enferman los individuos poco tiene que ver con la probabilidad, más bien, con los métodos de explotación de la naturaleza, con la acumulación excesiva de capital y los niveles exagerados de consumismo, así como los procesos peligrosos en los que ciertas clases trabajadoras se encuentran inmersas, de manera que relaciona el sistema social existente con la distribución e intensidad de ciertas enfermedades por clases.

De acuerdo con este paradigma, existe lo que denomina una triple inequidad en donde la clase, etnia y género actúa de manera silenciosa y de la mano con la estadística para esconder como las relaciones sociales tienen inferencia en la forma de enfermar y de morir de las personas, esta desigualdad es constantemente observada en los servicios de salud reproductiva, donde en general las mujeres son violentadas al ser expulsadas de su propio proceso para que el personal médico tomé las decisiones sobre su cuerpo, incluso hasta llegar al punto de discutir si es real o no la sintomatología que se presenta.

Realizando un análisis desde la clase, el acceso a las tecnologías en salud es diferente, ya que estas guardan una amplia relación con la economía, siendo por lo tanto inexistentes en los centros de salud u hospitales de las clases más bajas, condenando a las mujeres que necesitan una atención más especializada en el caso de un embarazo de alto riesgo a poner en peligro su vida y la de su neonato.

Ahora bien, es imposible hablar de la inequidad sin integrar la idea precolombina (aún existente) de la racialización como subdivisiones de la especie humana, en donde la raza con rasgos caucásicos se encuentra por encima de todas las demás, a manera de contrapeso de esta idea se ha integrado la palabra etnia para describir las diferencias fenotípicas de un individuo perteneciente a una comunidad de cultura compartida. Esta idea de diferenciación trae consigo la de superioridad y por lo tanto la de discriminación; mismas que traspasan incluso en los

centros de salud, por lo que esta sanidad está reservada de manera inequitativa de acuerdo con este fenotipo.

Por último, el género también actúa como parte de esta determinación social de la salud al ser parte de la estratificación, ya que existe una socialización distinta entre hombres y mujeres. Hablando específicamente los procesos reproductivos, el personal médico tiende a juzgar tanto la vida sexual de las mujeres, así como las condiciones bajo las cuales están llevando un embarazo, existe una preconcepción en donde las mujeres son las únicas responsables del embarazo, por lo que en ningún momento se cuestiona a los padres del neonato, por el contrario, se tiende a culpabilizar a las madres solteras por la falta de uno.

La triple inequidad de Breilh (1999) se mantiene sustentada por la Teoría Crítica que realiza un análisis a las estructuras sociales que traen consigo explotación y daño a estratos o colectividades subordinadas.

Perspectivas Teóricas sobre el feminismo y la salud

La Teoría Crítica hace uso principalmente de las ideas de injusticia y desigualdad social iniciada por la explotación de recursos por una clase selecta, utilizando el trabajo y esfuerzo de las clases bajas, creando un modelo jerárquico donde los estándares de bienestar; incluido obviamente la salud, se encuentra en un modelo piramidal, en el que de acuerdo con la clase y después al género, se van creando los escalafones de beneficios.

Entre los expositores más importantes de la Teoría Crítica y que abre un panorama que puede ser utilizado hoy en día, sobre como la jerarquización incide en la salud femenina, es Weber, mismo que hace mención del poder como una herramienta de dominación, que sirve de manera tal, que la clase más alta hace uso de su acumulación de capital y recursos para incidir sobre los estilos de vida de las clases más bajas, con la finalidad de imponer un sistema de obediencia del grupo oprimido y este poder esta legalizado dentro de una relación social.

De acuerdo con la Teoría Crítica las mujeres y los individuos que pertenecen a alguna etnia (indígenas y gente de color), son relegados en todos los sentidos, evitando por lo tanto su libre gozo de sus derechos ciudadanos; mientras que el perfil de hombre blanco, de clase élite, heterosexual, imperial y colonial, le da el "privilegio de la razón", lo que nos remite de nueva cuenta a las reiteradas denuncias de estos grupos en relación a la discriminación al momento de la atención médica.

Estas diferencias tan marcadas en especial por la clase, el género y la etnia, que tan continuamente ya hemos enunciado, es lo que ha traído consigo un enfoque de investigación centrado en las mujeres y la estructura social que las relega en todos los aspectos sociales, dicho enfoque se nombra comúnmente como feminismo, no obstante, la existencia de distintas vertientes de este enfoque, de manera general ha utilizado la influencia de la Teoría Crítica y del Marxismo para explicar el fenómeno del patriarcado, mismo que será detallado a continuación.

Teoría Crítica Feminista

El género, así como el sexo han venido a formar un sistema de construcción simbólica y estratificada que opera en las sociedades contemporáneas, y que por lo tanto relegan lo femenino a la obtención de los recursos solo a modo de los estrictamente necesarios para realizar sus labores cotidianas.

Y es que el género como construcción social ha venido a designar lo femenino como todo aquello correspondiente a los sentimientos y emociones, de tal manera que ha naturalizado, bajo el concepto del amor como discurso de poder; el cuidado del hogar, de los hijos(as) y los enfermos. En la misma línea, una buena mujer es aquella que cumple con los estándares hogareños y de familia impuestos por la religión y por algunos pensadores como Rousseau (Posada, 2008).

Estos estereotipos femeninos han provocado diferentes revueltas a lo largo de la historia, mismas que en la actualidad se conocen como movimientos feministas, cada uno con diferentes ideales, pero convergentes en la búsqueda de justicia social para las mujeres sin distinción de etnia, estrato económico o algún otro factor social.

Históricamente, el feminismo ha pasado cuatro etapas u olas, cada una con objetivos y logros distintos, que han ido de menos a más, por ejemplo, la denominada primera ola se llevó a cabo en 1848 cuando cerca de 300 mujeres exigirían el derecho al voto y la igualdad en oportunidades escolares para las mujeres y libertad financiera (García-Bullé, 2022), este movimiento posteriormente dio pie a que Sojourner Truth y Paulie Murray a mediados del siglo pasado iniciaron el movimiento sufragista del derecho al voto a las mujeres de negras. Aunque hoy en día esos primeros avances pudieran estar asimilados; dieron lugar a lo que transformaría el acceso de las mujeres a todas las esferas sociales, laborales, económicas y políticas.

Por su parte, la ahora denominada teoría feminista surge dentro de la segunda ola que inicia en la década de los 60's y tiene como principal objetivo mostrar, explicar y criticar las estructuras sociales en las cuales se encuentra inmersa la mujer, este orden socio-sexual que impone una jerarquía en donde lo femenino se encuentra oprimido y explotado. Es por lo que la teoría feminista surge como una crítica centrada en objetivos políticos emancipadores (Sales, 2018).

Asimismo, la década de los sesentas al estar marcada por la guerra en los Estados Unidos, trae consigo una revolución femenina totalmente radical, retomando la importancia de eliminar las injusticias a las mujeres por cuestiones de raza o etnia, por si esto fuera poco, es en esta etapa donde surgen los derechos sexuales y reproductivos en la búsqueda de la emancipación de sus cuerpos y devolviendo a las mujeres su derecho a decidir (García-Bullé, 2022).

Ahora bien, retomando la perspectiva de las desigualdades a razón de género, los movimientos feministas hacen uso de una nueva teoría feminista, misma que hace una crítica fuerte al género como creador de desigualdades, construyendo un marco desde el cual es posible interpretar el fenómeno de distinción en donde las mujeres son educadas desde su nacimiento para el cuidado del hogar y de su familia (De Miguel, 2015), remitiéndonos de nueva cuenta a la importancia de los procesos reproductivos femeninos como una herramienta de control social.

Cabe considerar por otra parte, que el género no es el único determinante en la desigualdad de la que son víctimas las mujeres en el contexto social, ya que es posible observar cómo existen diferencias que permiten más o menos atribuciones a algunas mujeres en comparación con otras, todas estas están cobijadas por cuestiones de vulnerabilidad. Por lo tanto, los estratos sociales y económicos bajos, las mujeres de color, las pertenecientes a alguna etnia, o en situación de migración, así como otras minorías serán más propensas a que su situación de desigualdad se agrave.

Ahora bien, centrándonos de nueva cuenta en la estructura patriarcal de la sociedad en la cual nos encontramos inmersos, es posible observar de manera clara el lugar de subordinación de las mujeres, en donde en palabras de Ana de Miguel, las mujeres funcionan como "ángeles domésticos y objetos decorativos y sexuales" y es esta misma estructura patriarcal quien se

arropa en la ideología de la naturaleza para los sexos, en donde los hombres son alienados en una individualidad, mientras que las mujeres desde la niñez son preparadas para el papel de sumisión y servicio de los hombres; todo esto envuelto y alentado en la teoría de la búsqueda del amor romántico y como cúspide de este destino se encuentra la maternidad.

De esta manera se puede percibir como este patriarcado es quién decide los estándares con los que una "buena madre" debe de cumplir, estos requisitos no están inscritos solo en el ámbito de los sentimientos y el amor materno, sino que podemos incluir las categorías sociales como indicadores de una buena o mala maternidad, en nuestra sociedad contemporánea altamente elitista, solo las mujeres que tienen un buen nivel socioeconómico y educativo son quienes pueden ser buenas madres y por consiguiente tienen la libertad de decidir tener hijos, mientras que las mujeres en situación de pobreza, que pertenecen a alguna minoría o simplemente que no tienen pareja, parecen ser condenadas al señalamiento por no ser aptas para ser madres.

Ahora bien, al ser el rol materno el principal ejercicio de las mujeres dentro de la sociedad estratificada jerárquicamente, podemos encontrar que el embarazo, parto y puerperio son momentos clave en la sumisión del cuerpo de las mujeres, y son los médicos en su carácter patriarcal quienes se adjudican el rol de jueces de la maternidad ideal, castigando con ciertas acciones aquellas mujeres que no cumplen con el estándar previamente establecido, por lo que adquiere importancia la visibilización de estos actos y permitir a las mujeres una emancipación, así como retomar la capacidad de reconocer estos actos y decisión sobre su propio cuerpo.

Interseccionalidad

Desde una perspectiva más general, el enfoque de interseccionalidad da inicio a la denominada tercera ola del feminismo, la cual se desarrolla a finales de la década de los ochentas con la integración del concepto por la abogada y activista K.W. Crenshaw, asimismo, este término se inició del movimiento feminista afroamericano y representa las desigualdades y discriminaciones que son producidas por sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, discapacidad y extracto socio-económico (Sales, 2018) mostrando así la existencia de diferencias en la severidad con la que son maltratadas las mujeres dentro del sistema patriarcal.

Debe de señalarse que esta teoría pretende dejar de lado la ideología de la igualdad entre hombres o mujeres, así como el estudio de la mujer con sus particularidades generalizables del género, sino que ahora busca la comprensión de todas las diversidades con las que viven las mujeres en su contexto social, después de todo como ser iguales a los hombres si existen diferencias claras entre nuestro mismo género.

Y es que si bien, el género actúa como un factor concluyente para la violación de los derechos sexuales y reproductivos, podemos identificar también la clara existencia de otras condiciones de opresión que generan un efecto negativo en la vulnerabilidad del género femenino, entre ellos podemos enumerar el lugar en donde habitan, actitudes y creencias que estas pudieran tener frente al personal de salud, el hecho de pertenecer a una etnia o hablar alguna lengua indígena, la edad en cualquiera de sus extremos, ya sea por ser muy jóvenes o estar en los últimos años de su vida reproductiva, el nivel socioeconómico y educativo, así como la posición de poder que ostenta en el hogar, ya sea como esposa y ama de casa o como madre trabajadora, el hecho de tener o no una pareja, la orientación sexual, etc.

En los últimos años se ha vuelto la vista hacia estas intersecciones para demostrar como las categorías sociales pueden funcionar como factores protectores o por el contrario factores de

riesgo para las mujeres, y es que son muchos los autores (Chiarotti y cols, 2003; Bohren and cols, 2019) que identifican como las mujeres pertenecientes a minorías son las que mencionan ser abusadas verbal y físicamente durante sus partos, mientras que las mujeres que se encuentran en estratos económicos altos y que tienen acceso a hospitales privados no mencionan sentirse abusadas.

A manera de asentimiento, los trabajos que buscan hacer relaciones de las categorías sociales con el género como el trabajo de Brigidi y Busquets (2019), hacen hincapié en el uso de la interseccionalidad como una forma de profundizar en las causas y efectos de la violencia de género, y más en específico en la violencia obstétrica.

Asimismo, para Vogel y colaboradores (2015) el maltrato de las mujeres durante el parto es el resultado de una interacción compleja de factores individuales, interpersonales, socioculturales y del sistema de salud, en donde su erradicación significaría promover la equidad de género.

El enfoque interseccional dentro del estudio de la Violencia Obstétrica, ciertamente reforzaría el supuesto de que si bien la violencia contra la mujer existe dentro de las salas de parto, la severidad de esta no se encuentra distribuida de manera equitativa, lo cual reforzaría los conceptos de racialización de la maternidad de Vega (2017), así como las investigaciones de Arguedas (2014) quiénes sostienen que el personal médico funge como juez moral sobre la maternidad, además abriría el debate si el personal médico llevan a cabo las acciones violentas de manera inconsciente o como muchos han justificado, parte del estrés laboral generado por las largas jornadas de trabajo o como falta de insumos e infraestructura.

El feminismo en cuarta ola

La cuarta ola de feminismo inicia con el siglo XXI con el movimiento del body positive (García-Bullé, 2022), en donde vemos una resignificación del cuerpo femenino, cuestionando de manera severa los estándares sociales que se han impuesto sobre lo que es belleza.

Además de este movimiento, resurge una resignificación de lo que incluye el acoso sexual y la violación y/o abuso sexual, que, si bien ya habían sido visibilizados en sus casos extremos, en este siglo inicia la desnaturalización de estos dos fenómenos en situaciones en las cuales, hace unos años no formaban parte de un delito.

Estos dos problemas, también son apreciados dentro de la obstetricia, pero hasta el momento han sido poco visibilizados por algunas investigaciones, debido a la falta de una definición concreta, pero utilizando a la inscrita en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Nuevo León (2022), se inscribe como hostigamiento o acoso sexual al "ejercicio abusivo del poder en la relación de subordinación real de la víctima frente al agresor, (...); que se manifiesta en conductas verbales o físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad" (p 8). Para este caso, es común la violencia verbal en las salas de tocología en donde los comentarios ofensivos se relacionan con la actividad sexual de las mujeres, que por obvias razones asisten a la atención obstétrica.

Algo parecido ocurre con el delito de abuso sexual, que, de acuerdo con el Código Penal Federal, incluye tocamientos obscenos y la exposición del cuerpo desnudo sin pleno consentimiento o que este se haya otorgado por medio de violencia física o psicológica. Aquí se incluyen los tactos vaginales que son constantes y por distintas personas aún y ante la negativa de las mujeres, además de lo común que es el hecho de que estos tactos ocurren sin privacidad y a la vista de

una serie de estudiantes lo que ha hecho que algunas mujeres se sientan ante una “violación en multitud”.

En añadidura, es comprensible la falta de denuncias de estos hechos debido a la dificultad existente de comprobar que se incurrió en estos delitos dentro de los consultorios y/o unidades de tocología, no obstante, y conforme vaya surgiendo más investigaciones de lo que ocurre en los servicios de obstetricia se irá abriendo un panorama de la resignificación que busca lograr esta última ola del feminismo.

CONCLUSIÓN

La violencia obstétrica resulta ser un evento muy intrincado y complejo, ya que en ella se inscriben una serie de violencias que van desde la física, psicológica, verbal, institucional, hasta sexual; con un sin número de acciones y vejaciones que tienen como objetivo final el menoscabar, humillar y/o castigar a la mujer en el aspecto sexual.

Asimismo, es posible ver la complejidad del fenómeno de la violencia ejercida hacia las mujeres en las consultas obstétricas, así como en las salas de tocología, en donde el componente del desgaste físico y mental de los trabajadores de la salud está presente, también es posible observar que no es la única explicación del fenómeno, sino que también se encuentran aspectos como lo son las cuestiones sociales y económicas de las mujeres, esto es comprobable con el número de casos descritos por la literatura de mujeres de alguna etnia indígena o de extrema pobreza que ven sus derechos sexuales y reproductivos más violentados, así como una atención de bajo nivel o incluso la negación del servicio.

Las teorías sociológicas dan un sustento suficiente para dilucidar que, si bien los países de Latinoamérica carecen por mucho de la infraestructura, insumos y personal médico con el que cuentan otros países, esto no es la causa única que determina el trato que reciben las mujeres respecto a su embarazo, parto y puerperio.

Existen teorías sociales que realizan un intento por demostrar como el maltrato hacia las mujeres tiene raíces muy profundas en la desigualdad y vulnerabilidad que sufren algunos grupos de acuerdo a sus categorías sociales, siendo el nivel socioeconómico un determinante fundamental en la manera en que algunas mujeres enferman, se recuperan, padecen secuelas e incluso mueren.

Por lo tanto, la integración de estas teorías, así como una perspectiva de interseccionalidad provista del feminismo, podría ser una nueva puerta de acercamiento al problema de la violencia obstétrica, integrando por lo tanto esta epistemología en la educación de todos los trabajadores de la salud, poniendo especial acento en aquellos que se dedican a la salud femenina.

REFERENCIAS

Amroussia, N., Hernández, A., Vives-Cases, C., Goicolea, I. (2017). Is the doctor God to punish me?! An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive Health Vol 32 (14)* 14-32.

Arguedas, R. G. (2014). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar Vol 12 (1)*, 65-89.

Bohren, A. M., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, M. T., Dioulde, B. M., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, P. J., Azonima, I. T., Adeyanju, A., OoMon, N., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Alpha, D. B., Gülmezoglu, M. A., Soumah, A. M., Oumar, S. A., Tuncalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labor observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)

Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder construcción de lo social y del género. En M. Viveros (Ed.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (130 - 141). Centro de Estudios Sociales.

Breilh, Jaime. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27

Brigidi, S., Busquets, G. M. (2019). "Interseccionalidad de género y violencias obstétricas". *Revista Musas*, Vol 4, N°2 pp 37-52.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol 76, N° 2. pp 167-197

Castro, R., Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria : violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN: 978-607-02-7098-7

Chiarotti, S., García, J. M., Aucía, A., Armichiardi, S. (2003). Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. INSGENAR.

CONAMED (2018). "Análisis de la queja médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 2002-2017". Obtenido de: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf

De La Guardia G., M. A. y Ruvalcaba, L., J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

García, B. S. (10 de marzo, 2022). ¿Por qué el feminismo no es uno solo? Otras Voces en Educación <https://otrasvoceseneducacion.org/archivos/392293>

Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia para el estado de Nuevo León (septiembre 2022).

http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERESA%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.pdf

Liborio, M. M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva?. Revista Médica de Rosario. N° 79 pp. 136 - 141

Menéndez, E. (1992). Salud Pública: Sector Estatal, Ciencia Aplicada o Ideología de lo Posible. Revista Salud Colectiva. N° 540. pp 103-122

Morales, B. M. C. y Rocha, B. A. (2017). Debate entre salud colectiva y salud pública. En Morales, B. M. C (Ed.) *Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo?* (pp 31-44). Universidad Nacional de Colombia


Posada, K. L. (2008) "Otro género de violencia. Reflexiones desde la teoría feminista como teoría crítica". *Asparkía: investigación feminista* N° 19 pp 57-71

Sales, G. T. (2018). "Una nueva luna de miel; Teoría feminista, Antropología feminista e interseccionalidad". *Revista Andaluza de Antropología* N° 14 pp 49-70.

Vega RA. Identificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):489-505. doi: 10.18294/sc.2017.1114.

Vogel, P. J., Bohren, A. M., Tuncalp, O., Oladapo, T. O., Adanu, M. R., Diouldé, B. M., Maung, M. T., Fawole, B., Adu-Bonsaffoh, K., Dako-Gyeke, P., Tei, M. E., Campell, C. M., Boubacar, D. A., Diallo, S., Thet, W. K., Myint, T., Olutayo, L., Titiloye, M., Alu, F., Idris, H., Gülmezoglu, A. M. (2015) "How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol. *Reproductive Health*

World Health Organization. Social determinants of health [Internet]; 2017. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/en/.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .