

Conectar con el cuerpo y la sabiduría interna: análisis de vivencias sobre la Violencia Obstétrica y la sanación colectiva en San Pedro Cholula, Puebla

Connecting with the body and inner wisdom: analysis of experiences about Obstetric Violence and collective healing in San Pedro Cholula, Puebla

Danaé Itzel Ramírez Arjona 

Universidad Iberoamericana Puebla, México
ramarj.danae@gmail.com

Recibido: 22 abril 2024 / Aceptado: 16 mayo 2024

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo presentar una apropiación social del conocimiento generado dentro de los círculos de apoyo durante el embarazo en San Pedro Cholula, Puebla, sobre la violencia obstétrica y su sanación colectiva entre las asistentes, entendiendo la construcción del conocimiento como algo que emerge de la sociedad, sus códigos y sistemas. La violencia obstétrica ha permanecido invisibilizada bajo el discurso médico hegemónico occidental, que impone la figura jerárquica del obstetra sobre los sentimientos y pensamientos de las mujeres embarazadas. Al seguir categorizando a las mujeres como simples usuarias de los servicios de salud, se les priva de voz y autoridad sobre sus cuerpos. Colaborando con madres y parteras, compartiendo conocimientos rescatados con aquellos que desconocen el embarazo, el parto, la violencia obstétrica y las alternativas dentro del sistema médico hegemónico, el estudio evoluciona, profundizando en los significados de las subjetividades individuales y colectivas.

Palabras clave: acciones colectivas, biopolítica, embarazo, maternidad, medicalización, salud reproductiva, violencia de género

ABSTRACT

This article aims to present a social appropriation of the knowledge generated within the support circles during pregnancy in San Pedro Cholula, Puebla, about obstetric violence and its collective healing among the attendees, understanding the construction of knowledge as something that emerges from society, its codes and systems. Obstetric violence has remained invisible under the hegemonic Western medical discourse,

which imposes the hierarchical figure of the obstetrician on the feelings and thoughts of pregnant women. By continuing to categorize women as simple users of health services, they are deprived of voice and authority over their bodies. Collaborating with mothers and midwives, sharing rescued knowledge with those who are unaware of pregnancy, childbirth, obstetric violence and the alternatives within the hegemonic medical system, the study evolves, delving into the meanings of individual and collective subjectivities.

KEYWORDS: *collective actions, biopolitics, pregnancy, motherhood, medicalization, reproductive health, gender violence*

INTRODUCCIÓN

El silencio que envuelve el momento del parto y el período de posparto ha sido una sombra persistente en el discurso sobre la maternidad. Se ha tejido un velo romántico en torno a estos eventos, eclipsando la realidad de la violencia obstétrica, esa serie de actos o negligencias que afectan el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Este fenómeno, enraizado en conductas deshumanizadas y una medicalización injustificada, ha dejado a muchas mujeres embarazadas resistiendo y redefiniendo —desde— el concepto de maternidad, sin comprender qué esperar durante el parto vaginal o la cesárea. Esta investigación busca ser una plataforma que permita exponer los diálogos y experiencias de vida en los senderos de la experiencia materna.

Por mucho tiempo se ha visto a la maternidad como tarea primordial, vital y casi única de las mujeres, y por el contrario el disfrute y práctica informada de su sexualidad se ha señalado, tachado y menospreciado dentro de la visión tradicional de una sociedad que margina y controla los cuerpos femeninos si no son para el disfrute y/o consumo masculino. Ha permeado la idea del sacrificio, sufrimiento y dolor para las mujeres que trae consigo la labor de parto, y eso compromete prácticas y actitudes médicas que impactan negativamente en la salud de las usuarias.

Las mujeres pacientes de las instituciones de salud públicas y privadas tienen el derecho de practicar su sexualidad libre y plenamente, apropiándose y defendiendo sus cuerpos en materia de salud sexual y reproductiva, así como el poder reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, sin recibir ningún tipo de discriminación, violencia o negligencia por parte de las instituciones de salud públicas y privadas.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte vital de los derechos humanos marca un avance en la conceptualización de los derechos

individuales y sociales. Nuevamente, el reconocer estos derechos marca una enorme diferencia en la toma de decisiones en igualdad de condiciones sobre la sexualidad y reproducción, que, si bien es un derecho reconocido a hombres y mujeres, presenta complicaciones a la hora de su aplicación, pues las relaciones de poder heteropatriarcales entre los géneros son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer este derecho.

A través de una colaboración con las madres y parteras de un círculo de acompañamiento situado en San Pedro Cholula Puebla, esta investigación se sumerge en los testimonios y sentipensares de aquellas quienes han transitado por el embarazo y el parto. Su objetivo no solo es compartir saberes rescatados, sino también arrojar luz sobre la violencia obstétrica, la posible prevención de esta y explorar alternativas dentro del sistema médico hegemónico. En un contexto marcado por la pandemia de COVID-19, esta investigación busca centrar su atención en las experiencias de las mujeres y las parteras, explorando el significado que otorgan a la violencia obstétrica y cómo los testimonios compartidos y las acciones colectivas han brindado apoyo en un mar de incertidumbre.

Con la distopía literaria de Margaret Atwood en *El cuento de la criada* como fuente de inspiración, en este trabajo se busca conectar los hilos contra la invisibilidad y la opresión, entre una sociedad heteropatriarcal que continúa reduciendo a las mujeres a meros cuerpos gestantes y la realidad de la violencia obstétrica. Desde esta perspectiva, se cuestiona la supervisión patriarcal que limita la autonomía de las madres sobre sus propios cuerpos.

A través de entrevistas profundas y el análisis de testimonios, esta investigación devela las múltiples facetas de la violencia obstétrica y el papel crucial de los círculos de acompañamiento liderados por parteras. En un mundo donde la maternidad ha sido romantizada y codificada en estereotipos y roles de género, este trabajo busca redefinir el paradigma, reconociendo la complejidad y la diversidad de las experiencias maternas.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO EJERCICIO HETEROPATRIARCAL DE CONTROL SOBRE EL CUERPO

Las violencias de género contra las mujeres constituyen una violación a los derechos humanos reconocidos en instrumentos internacionales como la Convención Belém do Pará, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW). A nivel nacional, en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) se menciona la

violencia de género como “cualquier acción u omisión que, con motivo de su género, les cause daño físico, psicológico, económico, patrimonial, sexual, obstétrico o la muerte” (2019, p. 9).

Heleieth Saffioti (2018) puntualiza la violencia de género como parte de un ejercicio heteropatriarcal¹ donde los hombres se ven con “el poder de determinar la conducta de las categorías sociales nombradas –mujeres, niños y adolescentes–, recibiendo autorización o, por lo menos, tolerancia de la sociedad para punir lo que se les presenta como desvío” (p. 585). “La ideología de género es insuficiente para garantizar la obediencia de las víctimas potenciales a los dictámenes del patriarca, teniendo este la necesidad de hacer uso de la violencia” (pp. 585-586).

De acuerdo con Marcela Lagarde (2016), la violencia contra las mujeres es de distinta índole y adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo con quién la ejerce, contra qué tipo de mujer y en qué circunstancia ocurre. El entorno de la violencia contra la mujer es una constante reiteración de la supremacía masculina, del derecho de apropiación y uso de la mujer como objeto cuyo único fin es satisfacer la demanda del placer, Lagarde (2016) llama a esta idea “un ultraje de las mujeres en su intimidad, el daño erótico a su integridad como personas” (2016, p. 260).

La violencia obstétrica existe en las sociedades donde los valores heteronormados imperan, donde el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para mantener a las mujeres en una posición subordinada. Es también un problema sistémico que aborda la violencia institucional, la violencia de género y la propia violencia obstétrica. Con personal médico no capacitado para brindar un buen trato a las usuarias y siendo parte de un sistema de privatización de la salud donde se ve a la paciente como un objeto prescindible, la desafección médica y el trato deshumanizado seguirán existiendo.

Sin embargo, Danubia Jardim y Celina Modena “consideran la violencia obstétrica (VO) como parte perteneciente a una cultura institucional enraizada, marcada por la banalización, invisibilidad y naturalización del fenómeno en el cotidiano asistencial” (2018, p. 8), por lo tanto, no ha recibido la misma cantidad de interés que otras formas de violencia contra las mujeres. Aunque en algunos marcos normativos sea mencionada y garantizada, como la CEDAW, la LGAMVLV, el Código Penal del Estado de Puebla o la Ley Estatal de Salud del

¹ Entendida como la interseccionalidad multidimensional de las estructuras de organización social heteronormativas que se dan fundamentalmente en y entre género y sexualidad (Ramajo, 2014, p. 2).

Estado de Puebla, es en la cotidianidad donde no se habla de ella y en muchos escenarios su existencia no es mencionada. En la mayoría de los casos, las mujeres violentadas pueden no identificar haber estado en una situación de violencia, ni percibir un mal trato, una actitud déspota o alguna acción negativa proveniente del personal médico, por no estar informadas acerca de la VO por las propias instituciones de salud. Lo anterior plantea que el sistema de salud público está en crisis, desbordado por la sobredemanda, una severa falta de infraestructura y una actitud heteronormada² por parte del Estado, que ha optado por el camino de la privatización de la salud y el control sobre los cuerpos.

La VO se presenta en instituciones de salud públicas o privadas que prestan servicios médicos obstétricos a pacientes antes, durante y después del proceso de parto. Sin embargo, son pocos los estados –Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México³– donde se ha legislado a favor de la protección de mujeres embarazadas y se ha tipificado como delito la agresión verbal, física y psicológica que puede sufrir una mujer embarazada. En Puebla, los artículos 343 Ter y 346 Bis del Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla, condenan la esterilización sin consentimiento –con penas de diez a quince años de prisión– y el abandono a mujeres embarazadas –con hasta seis años de cárcel–.

En 2016, el sitio de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM) la estableció como aquella que se genera con el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y se da en todas las esferas de la sociedad. Los siguientes son algunos actos constitutivos de violencia obstétrica: practicar el parto por cesárea existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; obligar a parir acostada y/o inmovilizada; negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer; y no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas (CONAVIM, 2016).

Autores como Ahuja, Lezana, Valdez y Villanueva (2016) y Castro y Erviti (2014), plantean que esta problemática, esta modalidad de violencia, es triple

² Según Cathy J. Cohen (2005) la heteronormatividad es definida como la práctica y las instituciones que legitiman y privilegian la heterosexualidad y las relaciones heterosexuales como fundamentales y “naturales” dentro de la sociedad, también se ve implicado el rol de la sexualidad en las estructuras mayores de poder, cuestiones de raza, género y opresión de clase.

³ Al momento de desarrollo de esta investigación, entre los años 2019 y 2021.

pues constituye una expresión de violencia de género, de violación de los derechos humanos y también de una violencia institucional ejercida desde las instituciones de salud tanto públicas como privadas –aunque cabe notar que la mayoría de los casos de transgresión suceden en el sector público–.

La violencia obstétrica es una problemática que implica más que la propia violencia cometida por el personal médico contra una paciente embarazada; es un problema que emerge y funciona desde una manipulación por el propio Estado. Representa una historia de mecanización y control de los cuerpos femeninos, basada en la modernidad y los poderes fundamentales: Estado burgués, iglesia y ciencia médica. Involucra conceptos como la biopolítica en materia de la función del cuerpo femenino como un terreno político; la concientización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como base de conocimiento acerca del propio cuerpo; la ética del cuidado de y para las mujeres, que implica que la propia mujer deja su autocuidado relegado; la cultura de la prevención y la correspondiente situación de las políticas públicas en México en materia de salud reproductiva, sexual y obstétrica.

Se ha demostrado que los y las ginecobstetras, las parteras y el personal médico que tiene una relación íntima y estrecha con el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, son actores clave en la protección de los derechos básicos de las mujeres embarazadas, al poder brindar ayuda para facilitar el poder de decisión de ellas sobre su salud, su cuerpo y su vida sexual. Sin embargo, el papel que el Estado y distintas instituciones –como la educación universitaria, la salud y los hospitales, la jurídica, y una que tiene mucho peso en la historia de vida de cada persona: la familia– les ha otorgado, de autoridad técnico-científica y respaldados en las relaciones de poder y desigualdad entre las usuarias/mujeres, usan la autoridad para mantener la obediencia a las reglas, rompiendo con las interacciones humanas, lo que genera la fragilidad de los vínculos entre sus pacientes y la crisis de confianza en el cuidado que es prestado y lleva a la pérdida de la autonomía de la mujer y del libre derecho de decidir sobre su cuerpo. Este sector del gremio médico puede tender a incurrir en conductas de abuso de poder y violación de derechos humanos.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en el mundo entero las mujeres son asistidas de manera violenta, viviendo situaciones de malos tratos, falta de respeto, abusos, negligencias, violación de los derechos humanos por profesionales de salud, siendo más frecuentes durante la asistencia al parto y al nacimiento. Ese escenario afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y dominadoras que excluyen la

subjetividad femenina como trazo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer y del ejercicio de su plena ciudadanía.

La cultura medicalizada en torno al parto contribuye a que sea aceptado y ocurra como otro procedimiento ginecológico, priorizando la posición que permite la mesa ginecológica para el uso del obstetra por sobre el protagonismo de la paciente

las mujeres carecen “de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, se descalifiquen sus conocimientos y necesidades, y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidos por las de un equipo de expertos, que además excluye a los padres del trabajo de parto y el parto, y separa a las madres de las criaturas (García, Díaz y Acosta, 2012, p. 1900).

Silvia Sánchez (2015) rescata el término *foucaultiano* de biopoder como el mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes. Dicho poder es utilizado como medio coercitivo. Sánchez analiza a Foucault (1976) en su texto y plantea que dicho autor expone qué vía los distintos mecanismos de biopoder, el control de la población puede administrarse como algo racional y acordado por consenso, como los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y también define los parámetros del bienestar. En este contexto, los hospitales se convierten, de acuerdo con Foucault, en una de las más importantes “instituciones disciplinares” desde donde el biopoder rige (Foucault, 1976, p. 132).

El Estado y el propio sistema de salud han mantenido el concepto de estatizar y nacionalizar lo materno como una forma de regulación y racionalización de la procreación “en favor de la patria”, por una parte, y por otra, también la apropiación de lo femenino como cuerpo individual y cuerpo político. Carol Arcos (2018) denomina a esto “biopolítica de lo materno”, ya que “se semantiza el cuerpo de las mujeres como el centro del problema de la vida y el nacimiento bajo el republicanismo” (Arcos, 2018, p. 4). La biopolítica de lo materno se refiere a que el fenómeno del nacimiento –no sólo concebido como el hecho de parir, sino también de la pertenencia a una comunidad de sentido nacional– está íntimamente implicado con la maternidad como experiencia moderna de las mujeres.

Para Arcos (2018), lo femenino y lo maternal mantienen relaciones complejas; sin embargo, el lazo de obligatoriedad patriarcal y la idea de subjetividad femenina biológica que sostiene la naturalización que conlleva, no permite comprender la maternidad como un trabajo en la compleja red de relaciones sociales

y económicas. Estos son problemas que se relacionan a partir de la noción de biopolítica en el cuerpo femenino y en específico en la maternidad, cuando el Estado y las instituciones médicas intervienen un cuerpo femenino en proceso de embarazo, se cuestiona el papel de la mujer embarazada en la red de relaciones, ya que la naturaleza de su situación ha sido influida.

ENTRANDO AL CÍRCULO: ESCUCHAR Y APRENDER DE LAS OTRAS

Durante la investigación colaboré en círculos de embarazo y postparto, espacios de encuentro entre madres y padres que viven este proceso, donde comparten sus dudas, vivencias y experiencias. Los círculos se realizan en San Pedro Cholula Puebla, lugar donde es reconocida tanto la labor de Minerva Ixehuatl como partera tradicional y hierbera, como los saberes ancestrales enfocados al cuidado de la salud. Estos círculos son guiados por dos parteras tradicionales, Minerva Ixehuatl y María Luisa Segura, quienes enseñan y responden dudas de los procesos naturales del embarazo y posparto por los que atraviesa la mujer y el bebé. Se reúnen el último sábado del mes por, aproximadamente, dos horas. Al principio las facilitadoras se presentan y ceden la palabra a cada persona que se encuentre en el lugar para que hagan una breve introducción de sí mismas, el tiempo que llevan embarazadas o cuánto tiempo tiene que parieron, en el caso de las madres y padres que asisten como invitados para compartir sus testimonios, y qué los llevó a asistir a ese espacio.

El grupo de mujeres con el que trabajé se ubica en un rango de edad entre 25 y 35 años –media que se presenta en ellas– de clase media. Para mi investigación la clase social y la edad de las mujeres elegida corresponde a mi hipótesis, donde sitúo que las mujeres usuarias de servicios médicos públicos y privados pueden llegar a distinguirse en medio de una situación violenta con el personal médico que las asiste. En otras palabras, la violencia no está relacionada o es mermada por ninguna característica social, ya que sucede de distintas maneras y en mayor o menor medida, tanto en lo público como en lo privado.

Marlene, Erika y Alexia, las madres entrevistadas, acudieron con María Luisa por recomendación de conocidos suyos. En el caso de Marlene, una *life coach*, buscó ser acompañada por una partera por recomendación de una amiga suya que le había narrado que, durante su parto, se dio cuenta de que hubiese querido tener más energía y contención femenina a su alrededor. Erika, comerciante de divisas, conoció a las parteras gracias a que ella y su esposo acudieron a los círculos por recomendación de una amiga que había sido asistida por Minerva y María

Luisa en su parto. Finalmente, Alexia, psicóloga, durante su búsqueda de tener una partera como guía para su parto, primero acudió a la Liga de la Leche⁴ para tomar pláticas educacionales y de ahí la vincularon con Minerva.

Las participantes en la investigación tuvieron absoluta libertad para colaborar en el estudio y responder cada una de las preguntas que se les realizó. Se les explicaron los objetivos del mismo y lo que se requería de ellas. Se les garantizó el uso de seudónimos o anonimato si así lo preferían, así como la confidencialidad como premisas. En cada caso mostraron su conformidad a través de la firma de un documento contentivo de su consentimiento. Las grabaciones de las entrevistas y transcripciones de estas únicamente fueron utilizadas para el análisis requerido en este trabajo de investigación.

DECISIONES METODOLÓGICAS

Para esta investigación rescato el conocimiento situado y el punto de vista feminista como parte de la crítica al conocimiento derivado del sistema hospitalario como aquel total y unitario. Gracias a las entrevistas y a la ecología de saberes⁵ que fluyó dentro de los círculos de acompañamiento se puede comprender la función que mantienen el conocimiento situado y el punto de vista feminista como factor de cambio dentro de la estructura de saberes fijos y de la reapropiación del cuerpo.

Norma Blázquez, Fátima Flores, Maribel Ríos (2010) sostienen que la teoría del punto de vista feminista plantea que el mundo se ve representado desde perspectivas epistémicas particulares, posicionadas socialmente. También pone en duda la utilidad de mediciones y métodos que aíslan a quien conoce de lo que conoce, destacando al conocimiento situado, que gracias a las experiencias de las mujeres permiten visualizar una alternativa del mundo. Es la vida y las condiciones en las que se halla una mujer lo que le permiten construir su posición e intervención dentro de la realidad social. Las autoras retoman a Nancy Hartsock (2017) en su explicación del punto de vista feminista, cuando plantea que es la

⁴ La Liga de La Leche Internacional es una organización sin ánimo de lucro, dedicada a la promoción de la lactancia materna mediante el apoyo mutuo entre madres. Fue fundada en 1956 en los Estados Unidos y, en la actualidad, se extiende por más de 85 países.

⁵ Boaventura de Sousa Santos (2018) propone el concepto de ecología de saberes como una contra-epistemología frente a una estricta estructura del saber y rigor científico, promoviendo una amplitud y diálogo con diferentes saberes populares, tradicionales, ancestrales, científicos, entre otros. La ecología de saberes plantea que no existe la ignorancia ni el saber absoluto, general o abstracto.

perspectiva de las mujeres, sin importar edad, etnia, raza, clase o religión, la que ayuda a exponer el sistema opresivo patriarcal de dominación, así como

lo 35 relevante es que todas las mujeres hacen “trabajo de mujeres” al ser las responsables institucionalmente de producir bienes y seres humanos, lo que constituye el punto de vista desde el cual todas las mujeres pueden y deben interpretar la realidad como es y cómo podría ser. (p. 30)

En el texto también se menciona a Donna Haraway y la categoría que nombra conocimiento situado, refiriéndose a aquellos conocimientos derivados del/la sujeto(a), el proceso histórico cultural y semiótico que lo originó, así como la forma en la que convergen género, clase y etnia dentro del imaginario social, “[...] en tanto que acto enunciativo, esta forma de conocimiento supone que los sujetos implicados en su constitución se denotan mutuamente, e incluye al poder como un elemento indispensable en la explicación de la generación del conocimiento” (2010, p. 237).

La información recabada a través de las entrevistas semiestructuradas a las mujeres que entrevisté, junto con la fenomenología, ayudaron a ir construyendo el corpus del análisis de esta investigación. Analizar la relación entre las mujeres, los médicos y el espacio como red de apoyo donde se desenvuelven, me permitió explorar la naturaleza y el significado de estas relaciones. En mi búsqueda y análisis de distintas teorías que convergen con el trabajo de campo realizado, pude crear argumentos que abarcan la respuesta a los supuestos a lo largo de la investigación y a la pregunta de investigación.

La interacción social es en sí misma un fenómeno que implica que los sujetos traducen y anticipan las respectivas acciones y conductas. La interacción social no es por tanto un fenómeno aislado o difícil de alcanzar. La interacción tiene lugar entre personas que usan comunicación simbólica para producirla y a través de ello crear entendimiento mutuo. Las entrevistadas en este caso son mujeres inmersas en un proceso permanente de análisis e interacción consigo misma y con las demás, que al verse involucradas en una interacción con las otras integrantes del grupo generan significados, relaciones y comprensión mutua al saberse atravesadas por el mismo proceso; el embarazo y el parto. Las cosas tanto concretas como abstractas existen a partir del significado que las personas les asignamos. Los significados crecen a partir de la interacción humana y la existencia del objeto es una función de los significados que grupos sociales y sus miembros le dan.

La fenomenología es la rama que mejor se adapta para estudiar el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y cómo son definidas en la vida psíquica del individuo. Este paradigma permite encontrar la relación entre la objetividad y subjetividad que se presenta en cada instante de la experiencia humana, así como intenta comprender estos relatos desde la perspectiva valorativa, normativa y prácticas en general; lo cual es de suma importancia para la visión de mi tema, ya que toma en cuenta las experiencias que las mujeres y las parteras han tenido respecto a la violencia obstétrica, incluyendo la información previa que pudieran o no haber tenido, así como las subjetividades construidas alrededor de la relación médico-paciente, que ayudará a desarrollar aquello que en las percepciones, sentimientos y acciones de las mujeres entrevistadas aparece como pertinente y significativo. Dentro de la investigación y con la ventaja de tener ya realizadas las entrevistas, pude observar y catalogar los datos que corresponden al espacio vivido, la corporeidad, la temporalidad que rodeó estas subjetividades y los lazos humanos creados y vividos dentro de la comunidad, así como las categorías que fueron surgiendo.

También elegí la entrevista semiestructurada a consecuencia de trabajar con un grupo de mujeres, que me permitió ser parte de los círculos y observar desde adentro, en su ambiente natural y preservando un balance. Esta técnica me facilitó recolectar datos al mismo tiempo que establecía una relación de confianza con ellas, la cual me permitió sensibilizarme con sus experiencias e interactuar con sus sentipensares.

Para la recolección de las vivencias colaboré con cinco mujeres, tres mamás y las dos parteras que dirigen los círculos de embarazo. Se desarrolló una entrevista semiestructurada con cada una, la cual fue grabada con su consentimiento para su posterior análisis de lo vivido y observado y así catalogarlas y organizarlas posteriormente. Al hacer uso de una entrevista semiestructurada, tuve una estructura básica de la entrevista, pero también tuve un margen de flexibilidad para relacionar respuestas que las entrevistadas comparten y pueden ser útiles para la construcción de nuevas preguntas. Me interesé por utilizar esta herramienta porque las preguntas se pueden preparar con anticipación. Esto me permitió estar preparada y a la vez facilitar a las mujeres la libertad de expresar sus opiniones en sus propios términos.

Las limitaciones en las que se desarrolló la investigación se centran en que debido a la situación del confinamiento por pandemia de Covid-19, únicamente pude entrevistar a tres de las mamás que asistieron a los círculos a través de videollamada, lo cual acortó la posibilidad de ampliar la preeminencia que fue

atribuida a los datos, anclando la noción a datos empíricos, obstaculizando o reteniéndolo avances en otras direcciones productivas, como lo sería la comunicación no verbal y la interacción que se podía dar en entrevistas grupales.

Otra limitante encontrada fue tomar los testimonios de las parteras desde su profesión y no desde su sentipensar el cómo es que son madres, cosa que pude detectar a tiempo y empezar a clasificar la información que me brindaban dentro de las categorías correspondientes al abuso de poder, violencia obstétrica, redes de apoyo, etc.

El proceso de construcción de categorías fue elaborado de acuerdo con las referencias que las mujeres entrevistadas me compartieron, al ir analizando entrevista por entrevista pude distinguir un patrón de repetición en ciertos temas, escenarios o situaciones por las que ellas se veían atravesadas. De ahí surgieron categorías que engloban múltiples tipos de violencia que fui desglosando de acuerdo con la posición en la que se encontraba la madre, la relación con quien violentaba y, por otro lado, condiciones de consolidar poder hacia las mujeres, como lo serían la feminidad, las redes de apoyo y la revolución y adaptación de las pacientes. Con los resultados pude dividir la información en las siguientes categorías:

Construcción de subjetividades

La construcción de los imaginarios de las mujeres está estrechamente vinculada con el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres, independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por su forma de participar en ellas (Lagarde, 2016, p. 87). Erika, una de las mamás, menciona que en su familia ninguna de las mujeres sabía lo que sucedía en el parto o lo platicaban después entre ellas, lo único que nombraban era la sensación de miedo y así ha pasado a lo largo de varias generaciones.

[...] otro paradigma que tenemos o al menos yo tenía era pues que te iba a doler muchísimo ¿no? Que era el peor dolor de tu vida, pero todo el mundo te lo cuenta como con miedo. Como que vivimos con el miedo del parto y vivimos con el miedo de parir porque así nos lo han ido pasando de generación en generación...y, sobre todo, esa parte de la violencia obstétrica, esa nadie te lo dice. Yo sabía por ejemplo que mi mamá... ella sí me dijo que cuando tuvo a mi hermana –que fue su primero– fue en un hospital de monjas y que ella les decía que quería caminar, sentía la necesidad de caminar, y que desde que llegó al hospital la acostaron y le dijeron “no, no se puede levantar”, y ella decía “es que yo sentía la necesidad de, y me dolía y no me dejaban moverme”, y casi casi la tenían amarrada, y dije “ay no, yo no

quiero eso”. Y la mamá de otra amiga lo mismo, cuando ella tuvo a su primer bebé también fue en un hospital de monjas y que la tuvieron así... que no la dejaban moverse [...] (Erika, 2020, entrevista 4)

Los testimonios que me compartieron las entrevistadas en el trabajo de campo, me permitieron observar con más detalle la construcción de sus subjetividades como mujeres y como madres. Cada una de ellas nombraba conceptos alrededor del patriarcado, la violencia de género, la minimización de sus dudas por parte de las figuras médicas, el temor a parir dentro de un hospital entre otros. Aun cuando habían compartido espacio y diálogo en los círculos, algunas de las mamás entrevistadas nombraban aspectos similares que tenían claro desde el inicio de sus embarazos.

Las diferentes culturas incluyen concepciones y políticas hegemónicas dominantes alrededor de la maternidad, pero cada maternidad vivida es única y se limita a la experiencia identitaria individual de cada una de las madres, involucra no solo a la mujer desde su subjetividad y particularidades definidas por su rol social, sino también desde la materialidad de su cuerpo.

Visión del cuerpo

Durante el análisis de las entrevistas realizadas, observé que cada una de las mujeres poseía una visión distinta de su propio cuerpo y el de las otras. Sus propios relatos narran la construcción de sus sentipensares alrededor de su concepción de ellas mismas, la relación que otros –personal médico, parejas, parteras– tenían con sus cuerpos, su vinculación con su feminidad y la parte holística de esta última. Ambas parteras, dado sus conocimientos ancestrales, rescatan la integración total de la psique y el cuerpo, es por ello que invitan a las mamás a abrazar su lado espiritual.

En la actualidad, la cultura médica involucra una serie de operaciones: observar, registrar, asignar valores, comparar, establecer correlaciones y procesos, etc. Martín de la Ravanal y Diana Aurenque (2018) advierten que estos análisis clínicos (registro, informes o historias médicas) distan notoriamente de los relatos de los pacientes. Se busca un racionamiento técnico basado en la precisión, control y exactitud, se trata de abarcar un mayor dominio sobre el cuerpo, predecir riesgos y alteridades, así como la manifestación de malestares físicos y psíquicos. Las parteras, al brindar apoyo y guía a las futuras madres, recalcan la importancia de reconocer los cambios que suceden en el cuerpo, les reiteran el poder que tienen sobre sí mismas y no minimizan ningún síntoma que la mamá pueda llegar a

manifestar, priorizan el autocuidado por sobre lo que pudiera llegar a decir el sistema médico hegemónico.

[...] si la mujer no conoce su cuerpo y no conoce la fisiología del embarazo, va a ser muy fácil que el médico la manipule, ya que es una mujer que no tiene autocuidado y que siempre ha dependido de la medicina para estar bien, generalmente no se da cuenta de que está siendo violentada. (María Luisa, 2020, entrevista 1)

La constitución de una mirada médica sobre el cuerpo, abordada y compuesta de interpretación, juicios e intereses, se interesa por lo enfermo, herido y envejecido. Pareciera que la rama de la salud no es solo el conjunto de saberes y técnicas sobre la salud y enfermedad de las personas, también se encarga de valorar y catalogar la salud como lo bueno y la enfermedad como lo indeseable. Martín de la Ravanal y Diana Aurenque (2018) hablan del poder médico que busca regularizar, disciplinar, normalizar cuerpos y poblaciones en función de volver a los individuos sanos, productivos, dóciles y útiles para las instituciones modernas. En otras palabras, el sistema médico hegemónico se manifiesta como una institución de y con poder.

Violencias múltiples (patriarcal, desafección médica, institucional, machismo)

Revisando los relatos de las entrevistadas, me pude percatar de distintas descripciones de violencia dirigidas hacia ellas, algunas por personas cercanas como sus parejas, padres o amigos y, en otras, por parte de médicos, enfermeras y otros integrantes del personal médico.

Alexia, otra de las madres entrevistadas, menciona la incomodidad que atravesó en los procedimientos médicos agresivos que su obstetra le hacía, los relaciona con eso que ella no quería desde el principio de su embarazo, el sentirse invadida y atentada, únicamente por el punto de vista médico tradicional que la estaba evaluando. De acuerdo con Marcela Lagarde (2016), la sociedad y el Estado, o cualquier otro órgano de poder, tienen un conjunto de objetivos ligados al control, ordenamiento y a la sanción de la sexualidad, buscan dirigir las relaciones entre los géneros, observar que la división del trabajo y roles designados sigan su curso, así como controlar el cuerpo y mente de los ciudadanos para poder establecer y llevar a cabo la política requerida de acuerdo con sus intereses (2016, p. 166).

Entonces le pregunté a Minerva –sobre lugares donde practicaran el parto humanizado– y ella nos había dicho de un hospital acá en Puebla que ella había ido a hacer acompañamien-

tos. Entonces fuimos a ese y nos dijeron que sí, que si el ginecólogo indicaba eso se podía hacer sin problema [...]. (Erika, 2020, entrevista 4)

El patriarcado y la cultura occidental establecen la división genérica y jerárquica en la sexualidad, que antagoniza los espacios, actividades, visiones y relaciones con lo sagrado y el poder. Está basada en lo que Lagarde (2016) llama “ley del padre” (p.168) por los privilegios patriarcales masculinos y la opresión de las mujeres y de las minorías, que se caracteriza por el desprecio, inferiorización y violencia que son “bases de la viril identidad masculina” (Lagarde, 2016, p.169). En su entrevista, Erika ilustra esta “ley del padre” al comentar las dudas que su propio padre le compartía por su decisión de parir asistida por parteras en su casa.

[...] en una ocasión, papá después me habló y me dijo “yo sí quiero que me expliques, ¿por qué quieres tener a tu bebé en casa?” y pues yo con todas mis razones le dije “por esto, por esto y por eso”. Le dije “le voy a dar más beneficio para él –el bebé–, porque es un lugar amoroso, porque no quería que nos separaran” y le dije todo lo que yo pensaba. Y sí se quedó, así como de “okay, te veo más tranquila, aparte yo confío en lo que tú crees [...]”. (Erika, 2020, entrevista 4)

Históricamente, las mujeres se han relacionado desde la desigualdad, se enlazan con los otros, específicamente los hombres, para encajar en lo requerido para ser mujeres de acuerdo con el esquema impuesto de femineidad, caracterizado también por su sometimiento al heteropatriarcado y a las instituciones que lo promueven. Marcela Lagarde menciona que existen complejas estructuras heteronormadas desde la opresión que buscan la apropiación de la sexualidad femenina, su sujeción, exclusión, dependencia y la especialización en la reproducción como base de la existencia (2016, p. 92). Alexia describe que, al verse inmersa en esa forma de funcionamiento de las estructuras dirigidas en su mayoría por un médico varón, cuestionó el papel de los hombres en la medicina relacionada a los cuerpos femeninos.

Experiencias como nodos de una red de apoyo

Parte importante de este trabajo es el análisis de la construcción de los círculos como espacios-redes de apoyo que han podido ayudar a madres a compartir e intercambiar experiencias que en su mayoría son similares, estos espacios de encuentro vivido y percibido (Ezquerro, 2013) brindan una apertura a regresar a las enseñanzas ancestrales y a revalorizar tanto la partería como la sororidad

que envuelve la apropiación del propio cuerpo. Las dos parteras que guían estas reuniones han superado la homogeneidad y uniformización que exigen el capitalismo del nacimiento (Lefevre, 1974, como se citó en Ezquerro, 2013, p. 129) para permitir desarrollar las diferencias que cada integrante del círculo expone y comparte.

Recupero a Floriberto Díaz Gómez (2001) cuando habla acerca de que una comunidad va más allá de casas y personas, porque cada persona tiene su historia y que, dentro de esto, la comunalidad tiene la tarea de explicar lo fenoménico y la inmanencia de la comunidad, me parece que este es un escenario presente en las experiencias individuales que después se vuelven colectivas dentro de los círculos de embarazo.

Cabe recordar que el embarazo y el parto pasaron de ser un suceso que transcurría en el interior de un grupo sororo con la ayuda y el apoyo general de sus integrantes, a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico, que “debe” ser controlado. Con esto cambia el lugar de nacimiento y sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo.

POSIBILIDAD DE DIÁLOGO ENTRE SABERES

Las creencias que conforman los imaginarios de cada individuo son parte fundamental de las identidades y subjetividades. Aunadas a ellas, existen las ideas originadas por la búsqueda de respuestas para limitar la incertidumbre. Esencialmente, esta es una distinción entre *ser* y *tener*: nosotros somos lo que creemos, pero tenemos ideas (De Sousa Santos, 2018, p. 184). La relación que existe entre creencias e ideas con respecto a la ciencia muestra dos modos de experimentarla socialmente. Este escenario donde se presentan ambos polos propone que “el reconocimiento de la diversidad cultural en el mundo no necesariamente significa el reconocimiento de la pluralidad epistemológica en el mundo” (2018, p. 185). La premisa acerca de las diferentes ramas socioculturales presentes en el mundo ha empezado a ser aceptada, lo cual indicaría un reconocimiento de la existencia de diversos conocimientos más allá del conocimiento científico hegemónico. Existen múltiples formas de conocimientos, conceptos de lo que es aceptado como conocimiento y criterios de validación.

Boaventura De Sousa Santos (2018) propone el concepto de ecología de saberes como una contra-epistemología frente a una estricta estructura del saber y rigor

científico, promoviendo una amplitud y diálogo con diferentes saberes populares, tradicionales, ancestrales, científicos, entre otros. La ecología de saberes plantea que no existe la ignorancia ni el saber absoluto, general o abstracto.

El conocimiento, experiencias y dudas compartidas dentro de los círculos de acompañamiento, generados por las parteras y por las mamás participantes, permite aprender otros conocimientos sin olvidar lo de una misma y comparar los saberes que se están adquiriendo con aquellos que pudieran ser olvidados o desaprendidos. Se llega a explorar la pluralidad de lo holístico y lo científico, comprendiendo que el abogar por un conocimiento no-científico no implica desacreditar el que sí lo es, buscando una interacción e interdependencia entre ambos. Los espacios de diálogo han ayudado a borrar la línea entre un sujeto de conocimiento y un objeto de conocimiento priorizando el saber como intervención en la realidad. Los saberes holísticos empleados por las parteras han prevalecido en las periferias del mundo moderno donde “la creencia en la ciencia moderna es más tenue, los enlaces entre la ciencia moderna y los diseños de la dominación imperial y colonial son más visibles, y otras formas de conocimiento no-científico y no-occidental prevalecen en las prácticas diarias” (De Sousa Santos, 2018, p. 185).

Dentro del concepto de ecología de saberes, se enfatiza que “ningún tipo de conocimiento puede dar explicación a todas las intervenciones posibles en el mundo, porque todos ellos son incompletos en diferentes modos” (2018, p.188). Todas las formas de conocimiento son a su vez testimonios desde una perspectiva de la realidad que mantiene experiencias y constituyen sujetos, son prácticas que permiten o impiden intervenciones en la vida cotidiana.

Los saberes de la partería tradicional se ven en tensión al tratar de aplicarse a una sociedad regulada por un sistema de jerarquización integrado por el Estado, instituciones de salud y mercados capitalistas, los cuales han resultado mecanismos reguladores excluyentes. Las parteras, a través de su trabajo, han propuesto una revalorización de espacios sociales y de formas alternativas de pensamiento, han buscado restablecer un equilibrio entre formas de producción y prácticas comunitarias, identitarias e interculturales vinculadas a la búsqueda y prevalencia de la dignidad humana.

En el sistema económico capitalista en el que nos encontramos se ha priorizado enfocar a la salud como una mercancía medicalizada dominada por el capital, a pesar de que las necesidades humanas no deberían ser negociadas o utilizadas como moneda de cambio. García de Alba (2012) reconoce “una necesidad de desarrollar un enfoque integral dentro del sistema de atención médica

actual que tome en cuenta la perspectiva de los actores para realizar una práctica salutógena comprensiva, de calidad y con calidez” (p. 92). Involucrar “los valores, las tradiciones, el significado y el sentido que las personas dan al proceso salud-enfermedad-atención ha resultado de singular importancia en la aplicación exitosa de programas de salud” (p. 92). De modo que desde esta investigación se pretende promover la interdependencia entre los conocimientos científicos y no científicos, comprendiendo que los saberes pueden ser contruidos y transformados colectivamente, respetando la relación armónica y holística entre la cosmovisión de los pueblos indígenas con la naturaleza, con el objeto de producir experiencias comprensibles del mundo. Se plantea la ciencia hegemónica como un sistema con posibilidad de ser complementado por otros, como el indígena y los populares, que son el resultado de la experiencia acumulada de los pueblos y colectividades urbanas y rurales, y de su compartición (co-aprendizaje) mediada por muy diversas formas de interacción comunicativa. Revalorizar el saber ancestral y comunitario implica una reformulación de las bases epistémicas del conocimiento dominante en las universidades y en la mayoría de los profesionales, independientemente de la carrera, la ideología política, la edad y el género. La ecología de saberes implica una reconstrucción, formulación y legitimación de alternativas para una sociedad más justa.

CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo se aborda la violencia obstétrica, la matriz cultural heteropatriarcal que busca sostener la violencia obstétrica sobre y frente a aquellas prácticas médicas que reconocen y respetan a las mujeres y sus procesos de gestación y parto, el biopoder que impone el Estado tratando de determinar el rol femenino de la maternidad, las experiencias de las mujeres embarazadas que acuden a los círculos de acompañamiento, los cuerpos de las mujeres y la reapropiación de estos mismos a través de la ecología de saberes que surge dentro de las redes de apoyo. Retomando una de las principales premisas de esta investigación sobre cuáles fueron las experiencias de sanación y reapropiación individual y colectiva del *cuerpoterritorio* dentro de un escenario de violencia obstétrica vivida por las mujeres que acuden a los círculos de acompañamiento en el embarazo, puedo recuperar que las acciones realizadas dentro de los círculos de acompañamiento, tales como la escucha activa, las técnicas como el *rebirthing*, plan de nacimientos y la contención guiada por las parteras son las herramientas utilizadas exitosamente dentro de este espacio para crear lazos individuales y colectivos entre

las madres y parteras asistentes. También reconozco las acciones individuales utilizadas por cada una de las mamás, como la búsqueda documentada, indagar segundas opiniones y cuestionar al personal médico con la información previa que obtuvieron por sí mismas y dentro del círculo. Las mamás se convirtieron en agentes de cambio que buscan constantemente difundir sus historias de vida y lo que aprendieron con las parteras para compartir con sus iguales sobre la VO, su contención y posible prevención.

Se halló que, al principio de las entrevistas individuales, al cuestionar a las mamás si consideraban haberse visto involucradas en alguna situación donde la VO se manifestara, las tres lo negaron; sin embargo, a lo largo de la entrevista, mientras más se hablaba sobre los términos y lo que engloba la VO, surgían comentarios de ellas donde reconocían que ellas, o alguien que conocían, habían pasado por algún maltrato. Fue hasta la charla que tuvimos por separado que pudieron nombrar el maltrato como VO, aunque sí se hubiesen dado cuenta de que se sentían incómodas con alguna acción o falta de ella que el personal médico tuviese directamente con ellas.

Por otro lado, al preguntarles a las parteras si abarcaban pláticas sobre la VO dentro de los círculos y cómo lo hacían, me comentaron que como tal no dedican toda una sesión para hablar sobre prevención o contención de la VO, sino que ellas iban dirigiendo poco a poco la información sobre sus derechos como mujeres que asisten a centros de salud, mencionan testimonios de otras mamás y el maltrato recibido en instancias de salud o, si alguna mamá presente en el círculo compartía alguna experiencia de VO, realizaban técnicas de contención amorosa al respecto. Recupero algo que explicaba María Luisa: si una mujer ha sido atravesada por la violencia a lo largo de su vida, es muy probable que la normalice y deje de distinguirla como algo que la lastima; por lo tanto, sería difícil que pudiera distinguir algún maltrato en sus citas médicas o en su parto.

Retomar la ecología de ausencias y la de saberes ayuda a ampliar la visión de cómo el embarazo y el parto pueden ser llevados con una perspectiva que incluya el retomar saberes ancestrales –como los que practican las parteras– que no tienen que estar en conflicto con los conocimientos científicos hegemónicos. Es posible complementarse uno con el otro, siempre y cuando ambas partes estén dispuestas a trabajar en conjunto. Como se observó en las entrevistas, Minerva y María Luisa ya han trabajado con obstetras y están dispuestas a colaborar con ellos si es lo que la mamá desea.

Desde el diálogo de saberes, como lo plantea De Sousa Santos (2018), es posible comprender que no existe una única rama de conocimientos, que podemos

cuestionar lo que se ha establecido desde otros saberes, y que es posible cohabitar entre múltiples conocimientos para el bienestar de, en este caso, mujeres embarazadas que están atravesando muchos cambios físicos y mentales. Los círculos de acompañamiento, la guía de las parteras y la sanación colectiva que se empezó a generar dentro de este espacio de reunión parten de la misma idea de la ecología de saberes, sirve para generar encuentros que permitan abordar una línea distinta a la hegemonía médica, que si bien desde el contexto de San Pedro Cholula no está en conflicto directo con los obstetras, busca brindar alternativas cálidas para parir acompañadas de parteras, informadas y provistas con herramientas necesarias para reapropiarse, respetar y preservar sus cuerpos durante y después de su embarazo.

Es también desde los círculos que surge uno de los últimos puntos importantes de la investigación, el reconocimiento para la prevención, arista clave dentro de este trabajo porque es a través del reconocimiento en sí mismas y en las otras que las mamás pudieron identificarse en los relatos que se compartían dentro del círculo, y en casos como el de Erika pudo defender su punto de vista a pesar de la imposición que su obstetra parecía indicarle. Los espacios de contención y resistencia, como lo son los círculos que trabajan la construcción de maternidades informadas para vivirse plenamente, son lugares de transformación social para las madres, para la concepción de maternar, para las vías de atención de un embarazo, la sororidad y la prevención e identificación de las principales formas de violencia obstétrica.

El parto humanizado y la partería en las últimas décadas se han convertido en agentes de cambio social, el activismo político de las parteras dentro de los contextos del parto implica: el cambio de perspectiva del parto para considerarlo nuevamente como algo natural y no como algo patológico; el reconocimiento de sus saberes híbridos como una postura contracultural; el desafío que propone la autonomía de su quehacer ante la definición clínica de los derechos reproductivos de las mujeres y su activismo contra la VO y a favor de la humanización del parto dentro del sistema hospitalario. La partería es un movimiento que rescata la visibilización de derechos humanos, tanto de las mujeres que ejercen autoconocimiento sobre sus cuerpos como de las parteras en su profesión.

Desde esta investigación exhortamos a que cualquier mujer que se encuentre en su proceso de embarazo deseado, debe ser informada de todo lo que se puede presentar durante su gestación, así como de las variantes a tener en un parto. Si la mamá elige un parto vaginal o una cesárea –en casos de urgencia médica como lo establece la OMS–, que sea siempre con su consentimiento y pleno conocimiento del proceso y derivados. Es obligación del sistema de salud –esto incluye a nivel público y privado– proveer a la mamá de la información necesaria,

traducida al idioma local, con lenguaje claro y sobre todo amable, de todo lo que conlleva el embarazo, parto y postparto; a la vez que es necesario recalcar y condenar dentro de la formación profesional médica la violencia de género –y de cualquier índole– que deriva en VO por la falta de ética, escrúpulos y tacto con la que varios miembros de la comunidad médica tratan a sus pacientes.

REFERENCIAS

- Ahuja Gutiérrez, M., Lezana Fernández, M. Á., Valdez Santiago, R. y Villanueva Egan, L. A. (2016). “¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?”. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 21(1), pp. 7-25.
- Arcos Herrera, C. (2018). “Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno”. *Debate feminista*, (55), pp. 27-58.
- Atwood, M. (2017). *El cuento de la criada*. Barcelona: Salamandra.
- Blázquez Graf, N., Flores Palacios, F. y Ríos Everardo, M. (2010). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Butler, J. (2011). *Bodies that matter: On the discursive limits of sex*. Londres: Routledge.
- Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión (CDD). Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia (LGAMVLV). 1 de febrero de 2007, (México).
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”. *Revista Conamed*, 19(1), pp. 37-42.
- Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla (CPPP). Artículo 343 Ter. 20 de septiembre de 2016 (México).
- Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla (CPPP). Artículo 346 Bis. 20 de septiembre de 2016 (México).
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM). (2016). “¿Sabes en qué consiste la #Violencia obstétrica?”. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/sabes-en-que-consiste-la-violencia-obstetrica?idiom=es#:~:text=La%20violencia%20obst%C3%A9trica%20se%20genera,la%20esferas%20de%20la%20sociedad>.
- De Sousa Santos, B. (2018). “Introducción a las epistemologías del sur”. En *Epistemologías del sur*, (pp. 25-61). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Díaz Gómez, F. (11 de marzo de 2001). “Comunidad y comunalidad”. *La Jornada Semanal*. <https://www.jornada.com.mx/2001/03/11/sem-comunidad.html>

- Ezquerro, D. B. (2013). “La tesis de la producción del espacio en Henri Lefebvre y sus críticos: un enfoque a tomar en consideración”. *Quid 16. Revista del área de estudios urbanos*, (3), pp. 119-135.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- García De Alba, J. (2012). “Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética”. *Desacatos*, (39), pp. 89-104.
- García-Jordá, D.; Díaz-Bernal, Z. y Acosta Álamo, M. (2012). “El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, pp. 1893-1902.
- Hartsock, N. C. (2017). “The feminist standpoint: Developing the ground for a specifically feminist historical materialism”. En K. B. Anderson & B. Ollman (Eds.), *Karl Marx* (pp. 565-592). Londres: Routledge.
- Jardim, D. M. B. y Modena, C. M. (2018). “La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26:e 3069. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWKQbVSszWSjHh45Vq/?format=pdf&lang=es>
- Lagarde y de los Ríos, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Organización de las Naciones Unidas (2011). “Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)”. *Organización de las Naciones Unidas Mujeres México*. <https://mexico.unwomen.org/es/digitecal/publicaciones/2011/12/cedaw>
- Organización Mundial de la Salud (2014). “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”. who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23
- Preciado, B. (2016). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Ramajo García, B. (2014). *Género y Sexualidad: Aproximaciones multidimensionales y violencias fantasmas heteropatriarcales* (Tesis de Maestría). Institut Interuniversitari d’Estudis de Dones i Generi, Barcelona.
- Ravanel, M. D. L. y Aurenque Stephan, D. (2018). “Medicalización, prevención y cuerpos sanos: la actualidad de los aportes de Illich y Foucault”. *Tópicos (México)*, (55), pp. 407-437.
- Saffioti, H. (2018). “Contribuciones feministas para el estudio de la violencia de género”. En B. Bringel y A. Brasil (Eds.), *Antología del pensamiento crítico brasileño contemporáneo* (pp. 585-602). Buenos Aires: CLACSO.
- Sánchez Bellón, S. (2015). “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. *Dilemata*, (18), pp. 93-111.