



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ESPECIALIDAD EN GÉNERO, VIOLENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PROYECTO TERMINAL:

**CURSO DE SENSIBILIZACIÓN PARA PREVENIR LA VIOLENCIA
OBSTÉTRICA, DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD Y ESTRATEGIAS
INFORMATIVAS PARA LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL
HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI DE SÁENZ”**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GÉNERO,
VIOLENCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA:

MARICARMEN GÓMEZ MUÑOZ

TUTORA ACADÉMICA:
DRA. NORMA BACA TAVIRA

REVISORA:
MTRA. SILVIA GARCÍA FAJARDO



ENERO DE 2018

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Marco conceptual y problematización de género	5
4. Adolescentes embarazadas que se atienden en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”	14
5. Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”	16
6. Metodología: Aproximación a las Adolescentes embarazadas	20
7. Diagnóstico	22
7.1. Dimensión física	22
7.2. Dimensión psicológica	34
7.3. Árbol de problemas	36
7.4. Árbol de soluciones	37
8. Análisis de participación	38
8.1. Adolescentes embarazadas	39
8.2. Personal de salud	40
9. Propuesta de curso dirigido al personal de salud para prevenir la violencia obstétrica	42
9.1. Ficha Técnica	43
9.2. Carta descriptiva sesión 1	46
9.3. Carta descriptiva sesión 2	49
9.4. Carta descriptiva sesión 3	52
9.5. Decálogo de la no violencia obstétrica	54
10. Propuesta de infografía dirigida a las adolescentes embarazadas para prevenir la violencia obstétrica	56
11. Conclusiones	61
12. Fuentes consultadas	64
13. Anexos	69

**CURSO DE SENSIBILIZACIÓN PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA,
DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD Y ESTRATEGIAS INFORMATIVAS PARA
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL MATERNO PERINATAL
“MÓNICA PRETELINI DE SÁENZ”**

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género contra las mujeres es el resultado de la cultura patriarcal que permea todos los escenarios de interrelaciones entre hombres y mujeres donde las mujeres son colocadas en una posición de sumisión y subordinación ante las personas que se posicionan con mayor autoridad. La violencia obstétrica, que es una de las tantas manifestaciones de la violencia de género, está considerada en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida sin Violencia (2008), como uno de los puntos que los gobiernos federal, estatal y municipal deben atender para brindar una mejor calidad de vida a las mujeres; sin embargo, las condiciones de poder que se desarrollan en el ámbito de salud, y que coloca a las mujeres como *simples recipientarias*, aunadas a la violencia estructural y cultural que las sustentan, invisibilizan la violación sistemática de los derechos a la información, a la salud, a la toma de decisiones y al trato digno que las mujeres en etapa de embarazo, parto y puerperio padecen al buscar ayuda médica.

El presente trabajo indaga sobre la violencia obstétrica que se manifiesta al interior del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáez”, un nosocomio que proporciona servicio especializado a adolescentes embarazadas, debido a su condición de alto riesgo. Considera primordialmente a mujeres entre 15 y 19 años, por ser este el grupo etario con mayor número de embarazos en el país (Conapo, 2014). El trato proporcionado a estas mujeres en particular, revela que el personal de salud las atiende bajo una visión estereotipada de lo que implica ser adolescente aunado a formación procedente del *habitus médico* (Castro, 2009) en el que han sido educados, lo que decanta en manifestaciones continuas que dan cuenta de las distintas modalidades de la violencia obstétrica y de los daños provocados a la salud física y mental de las adolescentes.

El proyecto consta de 13 apartados. En el primero se expone a la violencia obstétrica como un hecho no aislado que afecta a miles de mujeres en el Estado de México cada año, ocasionándoles graves daños a su salud física y emocional e impactando significativamente en su vida sexual y

reproductiva. En un segundo apartado se proporcionan las definiciones claves para el abordaje de la violencia obstétrica en población adolescente: violencia, violencia de género, violencia obstétrica, *habitus* médico, ciudadanía sexual y adolescencia., haciendo hincapié en cómo las relaciones de género configuran un espacio simbólico en el cual las adolescentes embarazadas son percibidas como *simples recipientarias* en relaciones asimétricas de poder ante el personal de salud. Posteriormente se da un panorama general de las mujeres adolescentes que reciben atención en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz” (apartado 4) y del propio nosocomio (apartado 5) para brindar elementos suficientes que permitan comprender la gestación de escenarios propicios en donde las adolescentes embarazadas son violentadas. En el apartado 6, se explica la metodología que se siguió para recolectar información procedente de tres fuentes principales: el personal de salud (una médica, una enfermera y una psicóloga), las usuarias (once adolescentes atendidas en dicho nosocomio) y observación directa por parte de la autora (de junio a septiembre de 2017), y que constituyen la base para el diagnóstico (apartado 7), del cual se obtiene como resultado dos dimensiones importantes y entrelazadas de la violencia obstétrica: la física y la psicológica. A partir del diagnóstico se esquematiza un árbol de problemas y un árbol de soluciones, para focalizar aspectos relevantes de la violencia obstétrica y se localizan los puntos clave en los que se puede intervenir con el propósito de erradicarla. En el apartado 8 se esquematiza un análisis de participación tanto del personal de salud como de las embarazadas adolescentes para explorar la viabilidad de establecer acciones para prevenir la violencia obstétrica en dicho nosocomio. Resultado de este análisis y del diagnóstico, aunado a las características particulares del personal de salud y de las mujeres embarazadas se elaboran dos propuestas, la primera dirigida al personal de salud a través de un curso de sensibilización y capacitación (apartado 9) y la segunda, enfocada a las adolescentes embarazadas (apartado 10), que consiste en una infografía plasmada en un folder, con la finalidad de que, por medio de la información contenida, las adolescentes embarazadas puedan conceptualizar, detectar y actuar para evitar ser violentadas o, en su caso, dirigirse a las instancias respectivas para buscar una sanción legal ante el trato denigrante e inhumano recibido.

Finalmente se exponen las conclusiones (apartado 11), seguido del listado de las principales fuentes consultadas (apartado 12) y los anexos (apartado 13), donde los y las lectoras podrán encontrar la infografía y un decálogo de la no violencia obstétrica a la que se hace alusión en los apartados 10 y 11.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con Roberto Castro (2014), en América Latina persiste la preocupación ante las múltiples evidencias de violencia contra las mujeres en los servicios de salud. Durante décadas se han emitido testimonios de experiencias en torno a maltratos, humillaciones, intimidaciones y abusos, por parte de médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, paramédicos y paramédicas, principalmente. Estas acciones que atentan contra la integridad de las mujeres, y que no se conforman como eventos aislados, obligan a poner el foco de atención en el ámbito de salud para explorar cómo la violencia afecta la vida y los derechos de las mujeres, y cómo se puede incidir para generar un cambio.

Generalmente, la violencia que se desarrolla en los ámbitos hospitalarios —y que se entrelaza con los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres— se denomina violencia obstétrica y puede generar graves consecuencias físicas y psicológicas a las mujeres que la padecen.

Implica, en un primer momento, daños en la condición física de las mujeres que oscilan desde lesiones menores hasta la muerte, al exponerlas, por ejemplo, a procedimientos invasivos innecesarios, como la práctica de cesáreas o esterilizaciones forzadas; en segundo término genera daños psicológicos como ansiedad, trastornos del sueño, e inclusive cuadros de depresión mayor que pueden culminar, en casos extremos, en intento de suicidio. La autoestima de las pacientes también se ve amenazada ante las humillaciones e intimidaciones de las que son víctimas y de las que difícilmente se defienden ante su situación de vulnerabilidad, es decir, su condición de embarazo las sitúa en una posición de dependencia ante el personal de salud y genera un ambiente propicio para la indefensión ante la posibilidad de que les sea negado el servicio.

En México, son cada vez más las mujeres adolescentes, de entre 15 y 19 años, que se exponen “a embarazos muchas veces no planeados, no deseados o en condiciones de riesgo” (UNFAP, 2010:1) como consecuencia del inicio y ejercicio de una vida sexual sin protección.

Los embarazos en mujeres adolescentes son considerados de alto riesgo debido a las complicaciones de índole física y mental que traen consigo (OMS, 2017), de tal manera que se torna imperativo la atención temprana para reducir el riesgo de muerte materna y las dificultades inalienables de un embarazo desfavorecido por la inmadurez corporal de las madres.

En este sentido, y siguiendo los argumentos de Castro (2014), es probable que dichas mujeres enfrenten situaciones de malos tratos, burlas y humillaciones que pueden acentuarse debido a la edad y a las construcciones sociales alrededor del embarazo adolescente, de tal manera que la violencia procedente de la atención médica, aunada a las implicaciones propias del embarazo, potencializa los daños psicológicos y físicos en un contexto que paradójicamente debiera velar por la salud física y mental de las mujeres embarazadas.

Para explorar la forma en la que se manifiesta la violencia obstétrica en las adolescentes en condición de embarazo, se realizó un análisis cualitativo a partir de relatos de mujeres que recibieron atención en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz” (HMPMPS). La importancia de elegir este nosocomio radica en dos razones fundamentales: la primera es que como hospital de tercer nivel, brinda servicios especializados con el apoyo de un equipo de expertos y tecnología de punta (Varilla, 2013), por lo que es altamente demandado, sobre todo por mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años de edad, de bajos recursos y en condición de embarazo de alto riesgo. El factor de embarazo de alto riesgo es crucial para entender por qué la violencia obstétrica encuentra un ambiente propicio para manifestarse, puesto que la precaria condición económica incide directamente en el posicionamiento de las adolescentes embarazadas ante el personal de salud y naturaliza la violencia que atenta sus derechos sexuales y reproductivos durante las consultas o los procedimientos obstétricos (embarazo, parto, puerperio). La segunda razón está fundamentada en el número de embarazos que son atendidos en dicho hospital. Se calcula que en el Estado de México, ocurren al menos 80 mil embarazos cada año (Conapo, 2014), de mujeres entre 15 y 19 años, de los cuales, el HMPMPS atiende de forma anual a 15, 221 de ellos (SAIMEX, folio 00133/ISEM/IP/2017).

3. MARCO CONCEPTUAL Y PROBLEMATIZACIÓN DE GÉNERO

Para llegar a la conceptualización de la violencia obstétrica y comprender el impacto físico y psicológico que provoca en las mujeres, en especial para las adolescentes, es preciso hacer un recorrido por las distintas definiciones que abonan para su abordaje.

En primer lugar sobresale el concepto de violencia, entendida como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños

psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, 2014: 1). Esta definición general, toca dos aspectos relevantes: el empleo de la fuerza y el poder de forma intencional para lograr un fin, dañar o coaccionar y las consecuencias físicas, psicológicas e incluso la muerte para quien la padece.

En este sentido, la violencia de cualquier tipo debe analizarse considerando las interrelaciones entre las y los implicados, puesto que su ejecución requiere participación de actores y actoras sociales en un marco de relaciones desiguales. Esta visión permite, decantar la violencia, de forma general, a una más específica denominada violencia de género, definida por Ward (2002) como:

[...] cualquier daño a otra persona perpetrado contra su voluntad, que tiene un impacto negativo sobre su salud física o psicológica, sobre su desarrollo y sobre su identidad, y que es el resultado de las desigualdades genéricas de poder *que explotan la distinción entre hombres y mujeres, en hombres y mujeres* [...] Aunque no se dirige exclusivamente contra las mujeres y niñas, la violencia de género las afecta principalmente a ellas en todas las culturas. La violencia puede ser física, sexual, psicológica, económica y sociocultural. Los perpetradores pueden ser miembros de la familia, miembros de la comunidad, y aquello que actúan en nombre de instituciones culturales, religiosas, o de Estado (Ward, 2002 en Castro, 2012: 27).

Bajo este marco de referencia, se puede afirmar que la violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud forma parte de la violencia de género que se manifiesta en este escenario en particular, y se conceptualiza bajo el término de violencia obstétrica, siendo

[...] un tipo de violencia institucional expresada en las relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da una apropiación del cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos presentes durante su embarazo (Zamora, 2013:1).

De igual manera compromete los “derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva en los servicios de salud” (Almonte, 2016: 2). Este tipo de violencia aprovecha los estereotipos de género para naturalizarse, de tal manera que las intimidaciones y demás actos que atentan contra la integridad y dignidad de las mujeres embarazadas difícilmente se asumen como violentos.

La cosificación a la que se ven reducidas las mujeres se ve agravada por la relación asimétrica que guarda con el personal médico:

[...] al constituir las como pacientes históricamente las han ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como recipientarias *pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las ordenes médicas (Castro, 2009: 56).

Las relaciones de poder entre el personal de salud y las pacientes raramente son cuestionadas, lo que propicia que la atención médica se perciba naturalmente como dictatorial y las mujeres embarazadas se amolden al sitio en que las coloque el discurso médico.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva —y las prácticas médicas que engloban— la violencia puede tener un mayor impacto, debido a la privacidad del consultorio donde se ejecuta, a lo que se suma la autoridad que detentan el médico, la médica y demás personal de salud (es la relación desigual de pacientes e institución pública, donde ellas no están en la posibilidad de cuestionar la dominación), más la connotación cultural que tiene lo sexual (generalmente relegado al ámbito privado), de tal manera que con ello se refuerza la idea de la no denuncia y de la culpabilización de las mujeres por la violencia recibida.

Otro factor que propicia la continuidad de la violencia lo sostiene la falta de información en cuanto a los derechos que la ley le otorga a las mujeres y el desconocimiento de las funciones de las diferentes instancias que pueden velar por sus derechos.

En este tenor, en el capítulo V Bis de la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, artículo 27 ter, se indica que son causales de violencia obstétrica:

- I. No atender o no brindar atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.
- II. Presionar psicológica u ofensivamente a una parturienta. [Por medio de humillaciones, comentarios hirientes, burlas, etc., así como comentarios relacionados con la sexualidad de las mujeres o que las ridiculizan, infantilizan o minimizan su experiencia de dolor].

III. Obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas, aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical¹.

IV. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer [suministro de medicamentos innecesarios, como los oxitócicos].

V. Practicar el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, no obstante de existir condiciones para el parto natural.

VI. Obstaculizar, sin causa médica justificada, el apego de la niña o el niño con su madre, mediante la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarlo inmediatamente después de nacer.

VII. Intervenir quirúrgicamente sin consentimiento o autorización de la paciente, en términos de las disposiciones aplicables.

VIII. Realizar la esterilización sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, así como las consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención.

IX. Cualquier otra forma análoga que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de la mujer.

A este último punto es pertinente agregar algunas causales basadas en las observaciones realizadas por la autora a partir de la Estancia Profesional realizada en el HMPMPS -de junio a septiembre de 2017- y a los datos proporcionados por las once mujeres entrevistadas para la elaboración del diagnóstico, tales como:

- Impedir a las mujeres expresarse durante todo el proceso [o ante cualquier procedimiento ginecológico].

¹ La Secretaría de Salud (2012), señala que el parto realizado en forma vertical permite a la madre una mejor respiración debido a que la posición no ejerce presión sobre los pulmones a la vez que la ayuda a relajar. Al descender la matriz, como resultado del peso del bebé, placenta y líquido amniótico, la gravedad genera el descenso del feto y el encaje del mismo favoreciendo el acomodamiento para su paso a través de la pelvis; las inspiraciones profundas complementan la acción contráctil del abdomen e impiden que el bebé retroceda una vez que se ha iniciado el parto, lo cual disminuye la duración del trabajo de parto, tanto del periodo de dilatación como del expulsivo. De igual manera reduce la incidencia de episiotomías (corte en la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano) y desgarros, así como las complicaciones durante el alumbramiento. También trae consigo beneficios psicoefectivos importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.

- Presionar a las mujeres para que decidan por el uso de algún método anticonceptivo o negarle el acceso a los mismos.
- Violencia física que se puede manifestar en lesiones que atenten contra su sexualidad reproductiva o el pleno ejercicio de su sexualidad.
- Trato deshumanizado, cosificado y opresor durante revisiones ginecológicas, no sólo en cuestiones obstétricas.
- Omisión de la información por parte de los médicos sobre los procedimientos realizados en el cuerpo de las mujeres.
- Empleo de los cuerpos de las mujeres para fines académicos sin autorización de las mismas.
- Discriminación de las mujeres por condiciones de raza y clase.

Estas causales permiten vislumbrar que el análisis de la violencia obstétrica entrelaza tanto una dimensión física como una psicológica (Castellanos, 2015: 1). El daño físico que se realice en detrimento de una mujer trae consigo un daño a nivel psicológico cuyas consecuencias perjudican su estado emocional y repercuten en la manera en que se relacionan consigo mismas y los demás, aunque no siempre necesita ocurrir un perjuicio a nivel físico para provocar un daño psicológico.

Académicas como Angélica Ramírez y Leticia Hernández (2016), estiman que una de cuatro mujeres en condición de embarazo, durante el parto y/o en el periodo posterior al mismo son maltratadas o reciben omisiones en el trato por parte del personal médico, datos que también son respaldados por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (INEGI: 2016), al señalar que una de cuatro mujeres en el Estado de México, entre 15 y 49 años será víctima de malos tratos durante el parto. Estas cifras ubican al Estado de México en primer lugar de violencia obstétrica (INEGI, 2016), sin embargo, la falta de estadísticas desagregadas por grupos etarios más precisos, impiden vislumbrar el impacto que la violencia obstétrica tiene sobre las mujeres a través de distintas etapas de desarrollo –niñez, adolescencia y edad adulta-, así como de periodos reproductivos específicos –embarazo, parto y puerperio-.

A lo anterior podría agregarse el número de mujeres que recibieron intimidaciones y/o abusos al recurrir algún servicio ginecológico, por cuestiones ajenas al embarazo, o aquellas que han sufrido este tipo de violencia más de una vez; resultando, en forma global, una cifra

impresionante, que invita a reflexionar sobre lo que ocurre al interior de los servicios de salud en cuanto a la calidad de los servicios proporcionados y el respeto a los derechos de las mujeres.

Si bien suele considerarse al embarazo, parto y posparto como condiciones exclusivas para la catalogación de la violencia obstétrica, es preciso considerar que ésta se da en una institución de salud e implica la interrelación entre personal médico y las mujeres que requieran algún servicio ginecológico, que no necesariamente implica un embarazo; por ejemplo, al tratar temas, síntomas o situaciones relacionados a la salud sexual reproductiva de las mujeres, de tal manera que al referirse a violencia obstétrica se hace alusión a toda esta gama de escenarios en donde pueden ser violentados los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Los derechos reproductivos hacen alusión al “derecho fundamental de toda persona, de determinar libremente el número y espaciamiento de los hijos [y/o hijas], así como el derecho específico de disponer de servicios de planificación familiar” (Ávalos, 2013: 5).

En tanto que los derechos sexuales:

[...] incluyen el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad, el derecho a recibir educación sexual, el derecho a que se respete la integridad física, el derecho a elegir pareja, el derecho a decidir si ser o no sexualmente activa [activo], el derecho a mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo, el derecho a contraer matrimonio de mutuo acuerdo y el derecho a llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera (Avalos, 2013: 5-6).

De entre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, no hay alguno que especifique de manera precisa el trato digno durante el embarazo, parto o puerperio, no obstante, se hace alusión al mismo en distintos puntos: derecho al respeto sobre las decisiones que se tomen en relación al cuerpo (artículo 1), derecho a una vida libre de tortura o tratos inhumanos y crueles (artículo 4), derecho a la integridad física y psicológica (artículo 6), derecho al respeto y apoyo de la libertad reproductiva, así como a la información ya recibir servicios de salud (artículo 7) derecho al trato digno y equitativo, así como la no restricción de derechos individuales, colectivos y sociales. (Artículo 8), derecho a no ser discriminada por edad, apariencia física o cualquier otra condición personal (artículo 9), derecho a recibir información veraz, no manipulada ni sesgada (artículo 10), derecho a recibir información sexual libre de prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e

informada (artículo 11), derecho a recibir servicios de salud sexual, gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad (artículo 12), derecho al acceso a la justicia ante la violación de derechos sexuales y reproductivos (artículo 16) (INMUJERES, 2012).

De tal manera, que al negar un trato digno e informado durante el embarazo, parto y puerperio, y al no respetar la capacidad de toma de decisiones de las mujeres -en cuanto a su vida reproductiva y sexual- el personal de salud merma los derechos humanos de las adolescentes embarazadas y causa daños significativos a su integridad física y emocional.

En cuanto a la adolescencia, concepto fundamental de esta propuesta, es necesario hacer algunas precisiones. Aunque la adolescencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, 2017), el presente proyecto se limitará a considerar mujeres adolescentes entre 15 y 19 años por ser este grupo etario el de mayor número de embarazos en el Estado de México. Sin embargo, es importante señalar que en México, de acuerdo con el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam) (en *Plano informativo*, 2014: 1), hay niños y niñas que inician su vida sexual justo en el límite de edad que la OMS considera como adolescencia, es decir, alrededor de los 10 años aun sin haber recibido información adecuada sobre enfermedades de transmisión sexual o de métodos anticonceptivos, hecho que también generó alrededor de 11, 682 casos de embarazos de mujeres entre 10 y 14 en el año 2010 (INEGI, 2011).

En el Estado de México, el temprano ejercicio de la sexualidad por parte de las y los adolescentes, entre 15 y 19 años, ha generado, al menos 80 mil embarazos cada año (Conapo, 2004), de esta cifra, 15, 221 mujeres, en promedio, son atendidas en consulta externa, hospitalización y urgencias anualmente en el HMPMPS (SAIMEX, folio 00133/ISEM/IP/2017).

Aunque los y las adolescentes son considerados desde contextos internacionales como poseedores de derechos, en el ejercicio de su sexualidad, desde una perspectiva más particular existe cierta tendencia a considerarlas y considerarlos carentes de autonomía:

Las discusiones y avances nacionales e internacionales en materia de derechos humanos han permitido que las y los adolescentes sean reconocidos como personas sujetas de derechos, dejando atrás la idea de considerarlos como objetos de protección. Por ello, se ha

logrado un amplio reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, como parte integral de sus derechos humanos. Muchas veces, éstos se ven comprometidos e incluso violentados, sobre todo en aspectos de su sexualidad, debido a prejuicios sobre su desarrollo y capacidad para tomar decisiones, además del desconocimiento de la normatividad que los regula y protege (SSA, 2006: 1).

En este sentido, en 2016, la Sociedad Civil, y organismos gubernamentales como el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), con el respaldo de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y apegándose al marco jurídico vigente, actualizaron y alentaron la difusión de la Cartilla por los derechos sexuales de las y los adolescentes -de 10 a 29 años- que señala catorce derechos fundamentales:

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad.
 2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad.
 3. Derecho a manifestar públicamente nuestros afectos.
 4. Derecho a decidir libremente con quien o quienes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente.
 5. Derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad.
 6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual.
 7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva.
 8. Derecho a la igualdad, a vivir libres de prejuicios y estereotipos de género
 9. Derecho a vivir libres de discriminación.
 10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.
 11. Derecho a la educación integral en sexualidad
 12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
 13. Derecho a la identidad sexual
 14. Derecho a la participación de las políticas sobre sexualidad y reproducción.
- (INMUJERES: 2017 23-25).

Tales derechos, en la práctica, distan de ser respetados, puesto que la base cultural con la que se percibe a la población adolescente se muestra renuente a dotarlos de autonomía en cuanto a sus decisiones en la esfera sexual y reproductiva.

Ante este escenario, susceptible de vulnerabilizar los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres adolescentes, se vuelve imperativo que las mujeres ejerzan lo que Castro (2014) denomina *ciudadanía reproductiva* con el fin de reducir la brecha entre lo que se promueve a través de tratados y leyes internacionales y las condiciones reales a las que se enfrentan las mujeres en los servicios de salud.

Por un lado, la salud sexual reproductiva, engloba

[...] el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura y sin riesgos [...] al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos (Castro, 2009: 53).

Y la ciudadanía refiere a los derechos y las obligaciones que “deben y/o pueden ejercer [...] con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a las que pertenecen” (Hindes, 2002, en Castro, 2009: 54). Al conjuntar estos dos conceptos, Roberto Castro ofrece un concepto de ciudadanía reproductiva que “refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (Castro, 2009: 55).

No obstante, el que las mujeres puedan ejercer su ciudadanía reproductiva muchas veces se ve frenada por la propia percepción de los médicos en relación a las pacientes, y el *habitus médico*

[...] entendido como el conjunto de predisposiciones incorporadas que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de sentido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano (Castro, 2009: 59).

En dicho *habitus* se configura una práctica autoritaria y cosificadora hacia las mujeres, que reduce la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a meros problemas de calidad.

Por lo anteriormente expuesto se vuelve imperativa la necesidad de salvaguardar la integridad psicológica y física de las mujeres adolescentes ante los procedimientos ginecológicos y

obstétricos que tienen que afrontar, haciendo hincapié en la ética profesional y el respeto de los derechos humanos por parte del personal médico, que decante en un trato adecuado y profesional

En este tenor, el presente proyecto pretende generar, por un lado, estrategias informativas que promuevan el derecho de las mujeres adolescentes al goce de una vida libre de violencia y que coadyuven para la toma de decisiones en pro de su salud física, sexual y reproductiva. Y por otra parte también pretende incidir, a través de un curso de concientización y sensibilización, en el personal de salud para promover dinámicas de atención basadas en la no violencia y el respeto a los derechos humanos de las adolescentes embarazadas

4. ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE SE ATIENDEN EN EL HMPMPS

El impacto demográfico del embarazo adolescente y las consecuencias psicosociales que trae consigo para los y las implicadas lo ha puesto en el foco de atención de diversos estudios. De entre ellos el “Diagnóstico sobre embarazo adolescente en municipios del Estado de México” (INMUJERES, 2012), que describe la situación de las mujeres embarazadas adolescentes de 13 a 19 años en Toluca. Con base en los resultados de dicho diagnóstico se proporcionan algunos datos relevantes:

La mayoría de las mujeres adolescentes iniciaron su vida sexual a los 15.8 años y su primer embarazo fue en promedio a los 16.7 años de edad, es decir, alrededor de un año después de haber iniciado su vida sexual activa. En la mayoría de los casos (66%), el embarazo no fue planeado y la escolaridad del 56% de las adolescentes embarazadas es la secundaria (INMUJERES, 2012).

El 82% de los embarazos adolescentes se atienden en servicios públicos. Ante el exceso de demanda, en muchos de ellos se dificulta la cobertura total del protocolo de atención a embarazadas ante la dificultad para obtener una cita para atención médica general. No obstante, en la mayoría de las instituciones el personal brinda información suficiente sobre riesgos del embarazo y parto, así como de métodos anticonceptivos, aunque la asistencia a las pláticas o talleres informativos sobre sexualidad es poca. Los principales argumentos van desde la falta de tiempo y difusión hasta la falta de interés (INMUJERES, 2012).

Por otra parte, durante la Estancia Profesional realizada de junio a septiembre del 2017, en las instalaciones del HMPMPS, pude constatar los datos arriba expuestos, de tal manera que al entrevistar a las adolescentes, para el llenado de su historia clínica, la mayoría de las embarazadas adolescentes entre 15 y 18 años refirieron que han estudiado, en promedio hasta la secundaria y que entre las principales causas de abandono escolar destacan la imposibilidad económica de sustentar los estudios o su situación de embarazo. También refieren no dedicarse a otra actividad que no sean las propias del hogar, lo que las coloca como dependientes económicas de sus padres (ya que las madres también se dedican mayoritariamente al hogar), de sus parejas (si la pareja tiene un trabajo remunerado) o del papá y/o la mamá de su pareja (en caso de que la adolescente viva en casa de su suegro y/o suegra).

Esta situación de dependencia las pone en una posición aún más vulnerable, puesto que al no gozar de autonomía económica es posible que las adolescentes embarazadas no tomen un papel activo en decisiones que sí impactan en su vida, tales como seguir estudiando. Además también las sitúa en un contexto donde se refuerzan los estereotipos de género, es decir, si se cuenta con un bajo nivel educativo y se viene de una tradición de mujeres dedicadas exclusivamente al hogar, es altamente probable que se continúe con este rol sin cuestionamientos, donde se siguen promoviendo las relaciones asimétricas de poder que se replican en otros escenarios de interacción social, como el médico, por ejemplo.

También es importante señalar que un gran número de ellas son mujeres menores de edad que viven en unión libre con hombres que rebasan los 18 años, pero esta condición de estupro no se cuestiona debido al velo de “responsabilidad” que las matiza o por el desconocimiento de las familias, e inclusive de la y el implicado que no perciben estas relaciones como un delito.

Las adolescentes embarazadas proceden en su mayoría de familias donde el ingreso para el sostenimiento del hogar lo provee el padre, a partir de la realización de oficios y con un margen ingreso modesto, de tal manera que contar con un servicio médico de tercer nivel ante la situación de riesgo que corren, es percibido como una oportunidad cuyo costo es emocional, es decir, no ponen quejas ante posibles manifestaciones de violencia ante el temor de ya no ser atendidas, inclusive hay adolescentes que a pesar de contar con seguridad social (IMSS) la dan de baja en la convicción de contar con un servicio que garantice el bienestar propio y el de su bebé.

A nivel emocional experimentan una gran incertidumbre, puesto que acceden al HMPMPS a sabiendas que su vida y la de su bebé corre un riesgo, también experimentan miedo y confusión ante los cambios corporales y de vida que se les presentan, la vacilación sobre su futuro también del genera tensión al igual que el desconocimiento sobre los cuidados que deben proporcionar a su bebé y a ellas mismas, sin olvidar que los mandatos de género también les imponen etiquetas que emocionalmente son difíciles de asumir, como “ser buenas madres”.

5. HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELLINI DE SÁENZ”

Este hospital depende del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), cuya misión es “proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud, para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México”, que no cuenta con seguridad social (ISEM, 2017: 1).

En este sentido, el ISEM ha establecido una serie de programas para brindar una cobertura amplia a los diversos sectores poblacionales, de entre ellos a los y las adolescentes

[...] por lo que operan actualmente 157 centros de atención para adolescentes en unidades de primer y segundo nivel, otorgándose consultas en materia de salud reproductiva y sexual, además de la atención a mujeres embarazadas menores de 20 años (ISEM, 2017: 1).

Como parte de este esfuerzo, también se creó el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”, para cubrir la atención a embarazos de alto riesgo en la población mexiquense. Este hospital, catalogado de tercer nivel atiende a más de un tercio de los embarazos de alto riesgo en el Estado de México e inclusive de estados aledaños (Varilla, 2013: 33).

Con base en la información generada por el Instituto de Salud del Estado de México (2017), en la página web del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”, este nosocomio está tipificado como hospital especializado de tercer nivel y atiende oportunamente a mujeres embarazadas de alto riesgo así como a niños menores de 28 días en condiciones críticas, principalmente, aunque también cuenta con otros servicios especializados como la Clínica de Fertilidad. Cuenta con tecnología de punta para detección, tratamiento y vigilancia de padecimientos relacionados con la salud de las mujeres del Estado de México, Michoacán, Morelos y Guerrero.

Tiene un equipo de emergencia conformado por un médico o médica especialista en cuidados intensivos, un médico o médica especialista en anestesiología, un médico o médica especialista en cirugía general, un médico o médica especialista en neonatología, dos enfermeras y un camillero.

En su calidad de hospital especializado tiene una alta demanda. Por lo general las mujeres de entre 15 y 19 años de edad que han sido atendidas en el Centro de Salud más cercano a sus hogares, son referidas al HMPMPS por su condición de alto riesgo. Una vez que demuestran no contar con seguridad social (IMSS) y se afilian al Seguro Popular son remitidas a una pre-consulta.

Esta primera consulta tiene la finalidad de hacer una evaluación global donde se les dan indicaciones generales y se les agenda cita para cuatro áreas en particular: nutrición, psicología, clínica del adolescente y lactancia materna. En cada área se les brinda un servicio acorde al nombre. Sólo en ocasiones específicas se les refiere al área de medicina materno-fetal o en caso de adolescentes no embarazadas a ginecología en lugar de clínica del adolescente. También es frecuente que si se detectan situaciones de violencia, las pacientes sean decantadas PROVIDA en lugar de psicología.

El espacio entre citas oscila entre 15 días y un mes en función de las semanas de embarazo. Si las adolescentes embarazadas llegan alrededor de la semana 20 se les cita cada mes, si llegan cercanas a la semana 30 cada 15 días pero si asisten por primera vez alrededor de la semana 35 sólo tienen una cita en cada servicio antes de que su embarazo llegue a término.

En casos de emergencia, como las mujeres que son trasladadas de municipios no tan céntricos a Toluca o estados aledaños, debido a una condición específica de riesgo² por lo general sólo se les atiende en esa única ocasión. Cuando las mujeres adolescentes llegan en trabajo de parto y son atendidas por urgencias y no han llevado un seguimiento en este nosocomio son atendidas de acuerdo a criterios de prioridad (Triage) y su situación queda sujeta a disponibilidad de espacios y personal de salud:

² Entre complicaciones obstétricas más comunes están la preclamsia severa, eclampsia, desprendimiento de placenta, hemorragia vaginal, y choque séptico, que de no ser tratadas de manera oportuna pueden ocasionar la muerte de la madre y del feto.

Cuadro 1. TRIAGE OBSTÉTRICO

CÓDIGO VERDE	La paciente debe ser atendida dentro de los primeros 15-30 minutos. La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.
CÓDIGO AMARILLO (URGENCIA CALIFICADA)	La paciente debe ser tratada dentro de los primeros 0-15 minutos. Se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas al momento de su llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	La paciente requiere tratamiento inmediato. Se encuentra somolienta, estuporosa o con pérdida de la conciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada.
CÓDIGO MATER	Respuesta rápida ante peligro de muerte materna. Es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y del producto en gestación. El equipo es multidisciplinario. Se activa cuando a la paciente se le otorga código rojo.

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA (2016).

A continuación se proporcionan algunas referencias de la conformación del personal de salud que está en contacto con las embarazadas adolescentes. La finalidad es poder vislumbrar que en la atención inicial hay una mayor probabilidad de que la violencia obstétrica provenga de mujeres que conforman el personal de salud:

TABLA 1. PERSONAL DEL HMPMPS QUE LABORA EN
ÁREAS DE ATENCIÓN PRE-PARTO

ÁREAS DE ATENCIÓN PRE-PARTO	Hombres (8)	Mujeres (18)
Clínica del Adolescente		1 Médica 1 Enfermera
Lactancia Materna		1 Médica 1 Enfermera
Psicología PROVIDA	1 Médico	4 psicólogas 1 trabajadora social 2 enfermeras
Psicología		1 Psicóloga
Consulta externa	4 Médicos	1 Médica 1 Psicóloga 1 Enfermera
Nutrición	3 Nutriólogos	13 Nutriólogas 2 Psicólogas

Elaboración propia con los datos proporcionados por el SAIMEX (folio: 00132/ISEM/IP/2017) El color rojo indica el sexo de la persona encargada del área.

El personal de salud que las atiende durante el parto está desglosado en el siguiente cuadro:

TABLA 2. PERSONAL DEL HMPMPS QUE LABORA EN
ÁREAS DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

DURANTE EL PARTO	Hombres (79)	Mujeres (129)
Urgencias gineco-obstétricas	8 Médicos Obstetras 1 oncólogo	6 Médicas Obstetras 3 Admisionistas 48 Enfermeras
Área de alto riesgo	4 Enfermeros	4 Médicas 15 Enfermeras
Quirófanos	14 Médicos anesthesiólogos 1 Médico especialista 20 Enfermeros	10 Médicas anesthesiólogas 21 Enfermeras generales 7 Especialistas
Medicina Materno Fetal	7 Médicos gineco-obstetras 4 enfermeros	5 Médicas gineco-obstetras 3 Médicas especialistas 1 Oncóloga
Tococirugía	6 Ginecólogos 7 enfermeros	2 Ginecólogas 1 Medica Gineco-obstétrica
Hospitalización obstétrica	1 Ginecólogo 5 Gineco-obstetras	3 Ginecólogas 1 Colposcopia

Elaboración propia con los datos proporcionados por el SAIMEX (folio: 00132/ISEM/IP/2017) El color rojo indica el sexo de la persona encargada del área.

6. METODOLOGÍA: APROXIMACIÓN A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El tipo de estudio realizado es de corte cualitativo, debido a que permite una mejor comprensión de la violencia obstétrica. Este tipo de investigación propicia que el abordaje de las problemáticas sociales se enfoque en la forma en que las mujeres y los hombres piensan, se apropian y actúan en relación a una situación particular, en lugar de reducir sus respuestas a números susceptibles de graficar, interpretar y generalizar.

Para el caso de la violencia obstétrica en mujeres adolescentes, el empleo de instrumentos cualitativos permitirán un abordaje flexible y personal para indagar cómo las relaciones de poder entre el personal de salud y las pacientes adolescentes propician situaciones que ponen en manifiesto la violencia obstétrica, atentando contra la integridad física y emocional de las adolescentes así como el derecho de gozar contra una vida libre de violencia y el ejercicio de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El tipo de investigación se centró en explorar cómo las adolescentes atraviesan el proceso de embarazo, parto y puerperio al interrelacionar con el personal de salud (médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, psicólogas, y camilleros), y cómo estas interrelaciones, insertas en un *habitus* médico específico, se articulan para privar a las mujeres adolescentes del ejercicio de su ciudadanía sexual, ya sea por desconocimiento, naturalización e invisibilización o debido a las relaciones de poder que se ponen en manifiesto la relación médico, medica-paciente.

En este sentido, se aplicaron 11 entrevistas semiestructuradas a mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, de la ciudad de Toluca que recibieron atención médica en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz en el transcurso del último año, durante su embarazo y parto.

En virtud de ser una investigación de corte transversal³, sólo se aplicó una entrevista por cada participante. De las once mujeres que proporcionaron información, Andrea y Sara⁴ (15 años).y Miriam y Raquel (16 años) habían dado a luz en fechas recientes a ser entrevistadas. Por su parte, Laura (18 años, mamá de dos hijos), Gloria (18 años) y Gabriela de (17 años), tenían alrededor de

³ Los estudios realizados bajo un diseño de investigación transversal sólo recolectan datos de un momento y tiempo específico.

⁴ Los nombres de las personas entrevistadas, tanto del personal médico como de las adolescentes, han sido cambiados intencionalmente para salvaguardar su identidad.

un año de haber pasado por el proceso de atención médica en dicho nosocomio y su testimonio se considera relevante en la medida que abonan a una mirada en retrospectiva para vislumbrar cómo la violencia obstétrica se ha manifestado en un pasado en el HMPMPS. Tres entrevistas más fueron proporcionadas por mujeres de 17 años: Lucía (que había dado a luz a su segundo bebé en fechas recientes), Fernanda (también mamá hace tres meses) y Estela (que cursaba su primer embarazo). El último testimonio lo proporcionó Sofía (19 años) quien estaba embarazada a la fecha de la entrevista.

Para la aplicación de entrevistas semiestructuradas a las adolescentes, se exploraron las siguientes dimensiones

- Estructura familiar y relaciones entre las personas que conforman la familia.
- Condiciones de embarazo
- Ingreso al hospital, atención en las diferentes áreas
- Proceso de embarazo y la forma en cómo recibieron atención
- Proceso de parto y atención oportuna, exploración de la forma en que fueron atendidas
- Proceso de puerperio

Las entrevistas se realizaron en escenarios distintos al nosocomio, con lo cual se pretendió una mayor certeza en la información proporcionada.

Para dotar de confiabilidad y validez adecuadas a la información recolectada, se utilizaron los principios de saturación y el de triangulación. El primero con el objetivo de lograr el número adecuado de entrevistas que aportaran el mayor número de información, sobre todo porque extraer una muestra representativa sería poco posible ante el gran número de adolescentes embarazadas, que aumenta día a día; así como las limitantes de tiempo, recursos y duración del proyecto.

El segundo principio implicó la aplicación de entrevistas semiestructuradas a adolescentes, y en la medida de lo posible al personal médico, respaldadas por la observación directa (realizada a partir del mes de junio hasta septiembre del presente año), para lograr una consistencia mayor en los datos recabados.

En cuanto a las entrevistas proporcionadas por el personal de salud sólo se mencionara que fueron proporcionadas por una médica (Yolanda), una enfermera (Carolina) y una psicóloga (Alma) pertenecientes al HMPMPS.

La información proporcionada por el personal de salud giro en torno a conocer el punto de vista sobre el embarazo adolescente de mujeres entre 15 y 19 años, y se profundizó, en la medida de lo posible, sobre aspectos relevantes suscitados durante el interrogatorio.

La observación en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz, se centró en describir principalmente los roles y estereotipos de género que se manifestaron, así como las normas y valores que se ponen en juego en la interrelación del personal médico con las mujeres embarazadas y que decantan en actos de violencia obstétrica.

7. DIAGNÓSTICO

Para realizar el análisis de la información obtenida del trato que reciben las mujeres en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz” (HMPNMPS)⁵ se consideraran por separado las dimensiones física y psicológica, sin embargo es importante aclarar que ambas se encuentran entrelazadas y que la división sólo es para una mayor comprensión.

7.1.DIMENSIÓN FÍSICA/INSTITUCIONAL:

Este hospital depende del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), cuya misión es “proporcionar con oportunidad, calidad y calidez servicios de salud, para contribuir al ejercicio pleno de las capacidades de la población del Estado de México”, que no cuenta con seguridad social (ISEM, 2017: 1)

Sin embargo, la misión del ISEM, en la práctica, se ve denostada por la falta de atención oportuna y eficaz por parte del personal de salud para con las mujeres adolescentes embarazadas:

[...] con mi primer hijo me atendieron luego luego, gracias a la ayuda de una de las familiares de mi esposo, pero con el segundo ya traía dolores y me regresaban a cada ratito [...] la atención no fue de lo más agradable porque ya casi nacía en el carro, me regresaron por primera vez, me dijeron que me regresara porque todavía no iba a nacer, fui por

⁵ El HMPMPS es uno de los tres nosocomios con mayor número de quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) (Mejía, 2016).

segunda vez cuando se me rompió la fuente y pues ya me atendieron de urgencia, porque ya iba naciendo en el taxi, y bueno me atendieron rápido yo creo que porque ya iba a nacer, porque de otra no, inclusive mi mamá tuvo que hablar con el director del hospital para que me atendieran (Laura, 18 años).

La alta demanda de los servicios de salud que oferta este nosocomio, también determina de forma significativa que las mujeres, no sean atendidas en tiempo y forma:

A veces la población nos rebasa [...] a veces tenemos el doble de pacientes en espera, y de ellas tenemos que darle la prioridad a la urgencia, porque cada una tiene una necesidad diferente, se le da prioridad a la que lo necesite antes (Carolina, enfermera)

La atención durante el parto, sobre todo aquel que necesita ser atendido por cesárea también representa dificultades, debido a que el HMPMPS sólo cuenta con tres quirófanos disponibles, y en ocasiones el número de mujeres que tienen un parto difícil y que necesitan ser intervenidas quirúrgicamente rebasa la infraestructura y al personal del nosocomio, otro factor que incide directamente es la inmadurez física de las adolescentes que dificultan la labor de parto:

[...] muchas veces el canal de parto no es el adecuado, pero llegan en periodo expulsivo, ¿qué haces? muchas ocasiones si hemos tenido la oportunidad de decir, pues vamos a pasarla a cesárea, porque también, a veces la posición en la que viene el bebé no es adecuada, entonces, si nos da oportunidad las pasamos a cesárea, pero si no hay oportunidad, o si no hay salas, porque esa también es otra complicación que tenemos, pues se atiende por parto a la paciente, y entonces los problemas son los desgarres, empieza a desgarrarse la pared vaginal y obviamente no logra tener el buen tono que debe tener y pues entonces comienzan a tener una hemorragia (Carolina, enfermera).

El testimonio anterior se respalda con el siguiente argumento de una mujer embarazada adolescente de 19 años:

[...] yo apenas estoy yendo a revisión, pero una de mis amigas, le fue muy mal, ella tuvo a su nena hace dos meses y ella es chaparrita, su nena no podía nacer y no podía, y ella creía que le iban a hacer una cesárea y nada [...] no la ayudaban, se quejaba y como que no la pelaban, comenzó a tener a su nena y le dolía mucho, pero ni así le hicieron la cesárea, se desgarró muy feo, lo único que le decían era *puje, puje*, y ella ya no podía [...] (Sofía).

La cosificación a la que se ven reducidas las mujeres, propicia que se invisibilice su condición de seres humanos. Tal y como el relato lo señala, las quejas ante el dolor son ignoradas y la posibilidad de que esos lamentos sean la expresión de males mayores se descarta. El hecho de asumir que muchas mujeres sufren desgarres o complicaciones propias del embarazo adolescente promueven reacciones estereotipadas por parte del personal de salud para con las pacientes, de tal manera que se enfocan a atender un cuerpo y no a un ser humano que siente y a la que se le ignora por expresarse.

La falta de atención oportuna, también es frecuente que se les proporcione un método anticonceptivo sin tener la información precisa, o de una forma no del todo voluntaria, es decir, sin contar con el consentimiento informado por parte de la paciente:

[...] no, nunca me nombraron las ventajas, no, solamente me dieron una hoja antes del parto, cuando yo iba a mis consultas, que tenía que firmar y escoger el método que iba a escoger, pero nunca me explicaron las ventajas o desventajas, nada más me lo pusieron luego luego de que nació mi bebé (Fernanda, 17 años).

Es importante señalar que antes de optar por un método anticonceptivo, principalmente el dispositivo intrauterino, que es el mayormente proporciona el HMPMPS, las adolescentes embarazadas tienen que llenar un *consentimiento informado* respaldado por la firma de su pareja (en caso de estar casada e inclusive en unión libre, siempre y cuando él sea mayor de edad), por el padre o la madre de la mujer adolescente (si es menor) y por ella.

Lo anterior plantea una violación al derecho de autonomía de las adolescentes, puesto que al tratarse de un procedimiento simple y que no requiere de uso de quirófanos ni pone en riesgo la vida de las mujeres debiera ser proporcionado sólo con la autorización de ellas.

Este consentimiento informado debe ser solicitado por cada una de las mujeres, y llevado el día de labor de parto. Para reducir el número de embarazos adolescentes la psicóloga encargada de su atención, indica a las mujeres que debe utilizar algún método del control de la natalidad doble, es decir, las adolescentes deben de iniciar labor de convencimiento hacia sus parejas para la utilización del condón y para la firma de dicho consentimiento. El resultado de esta tarea por lo general no es conocido, debido a que tan pronto como dan a luz, las mujeres retornan para su atención a los Centros de Salud de donde fueron originalmente referidas.

De igual manera, alrededor de la semana 30-31, la psicóloga, pide a las adolescentes (que han llevado su control dentro del HMPMPS) investigar⁶ sobre métodos de anticoncepción⁷, ya en consulta, las pacientes están en la obligación de describir las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos que investigaron.

Como cualquier tarea que se pide, las adolescentes se ven obligadas a leer aquello que investigaron (en la mayoría de los casos su bajo nivel de escolaridad no les brinda un lenguaje fluido y con la entonación esperada) y posteriormente son cuestionadas acerca de lo que leyeron. Ante cualquier falta de información, desconocimiento de alguna palabra, mal pronunciamiento de las mismas, etc., son cuestionadas y humilladas sistemáticamente:

[...] si no conoce al termino de alguna palabra hay que investigarla, es más si pasa el cursor por encima de la palabra y le da clic la envía inmediatamente al significado [...] tuvo un mes para hacer la tarea y ¿es lo único que investigó? (Alma, psicóloga)

[...] yo he escuchado la palabra preclamsia, no esa que usted dice [...] y al menos ¿investigó qué significa? (Alma, psicóloga)

[...] no, usted no me está diciendo los riesgos que puede tener un bebé durante un embarazo adolescente, me está hablando de otra cosa [...] no sólo hay que copiar lo primero que encuentra, hay que leer, ¿sabe? (Alma, psicóloga).

Lejos de encontrar un espacio de sostén y orientación, o el *acompañamiento emocional durante el embarazo* que es uno de los objetivos fundamentales del servicio de psicología, las adolescentes se tropiezan con un trato hostil, autoritario e inclusive violento, que decanta en violencia psicológica por parte del personal de psicóloga. La información que llevan para analizar

⁶Las mujeres adolescentes tienen que ir a sitios en la red para indagar sobre las características, ventajas y desventajas de métodos de planificación familiar no hormonal posparto. Dicha indagación las lleva a un número reducido de métodos, de entre los cuales se le insistirá en la ventaja del DIU como el método más idóneo, ya que le permite a la madre darle leche materna y por su larga durabilidad, más allá de que muestren interés por otros, como por ejemplo el implante sub dérmico. Esto se debe a que en el HMPMPS proporciona, casi exclusivamente dispositivos intrauterinos de cobre, generando de esta manera violencia institucional al no brindar una gama más amplia de opciones ni la información oportuna sobre los efectos secundarios que el DIU genera.

⁷Las investigaciones consisten en búsquedas de información vía internet. Las mujeres deben elegir la información, leerla, subrayar términos que no quedaron claros e investigarlos y releer la información. En consulta de psicología se les cuestiona sobre la forma en la que fue entendida la información y el impacto para su salud, principalmente. Es importante señalar que los textos que encuentran en su mayoría hacen referencia a términos médicos de difícil comprensión por los tecnicismos implicados, de tal manera que se torna necesario el apoyo para acceder a la información de forma más acertada.

es cuestionada y rechazada, de tal manera que una tarea puede ser pedida para trabajarla dos sesiones con los mismos resultados.

La información que les proporcionan sobre métodos anticonceptivos es dada a través de folletos que se espera los consulten en su casa y con base en ellos y una exploración en internet logren optar por el mejor.

Caso muy diferente al de las mujeres que llegan alrededor de la semana 34-35, puesto que la cita en psicología, sólo es para llenar su expediente y proporcionarles una cita abierta, aunque eso no las exenta de una experiencia autoritaria donde se les exhibe por no saber leer; se les cataloga como “sin plan de vida” por no tener proyectos laborales o escolares después del nacimiento de su bebé. De igual manera se les pide investigar sobre métodos de planificación familiar y acudir por su hoja de consentimiento informado, para que al finalizar el parto se les coloque un dispositivo intrauterino.

Tanto a mujeres que han asistido desde la semana 20 o la 35, se les pide ir a un curso de cuatro días para tener mayor conocimiento sobre el parto y cuidados posnatales, se les resalta que es obligatorio, que se les dará una constancia y que deben traerla el día de alumbramiento porque es requisito para ser atendidas, argumento que es erróneo pero con base al cuál se cubre una cuota de productividad para el personal de salud. No se explora si las mujeres tienen algún impedimento para no asistir, ya que muchas de ellas proceden de lugares lejanos o tienen pocos ingresos para transporte.

De hecho, el seguro popular, que las avala para su atención en el HMPNMPS, está diseñado para personas con escasos recursos y la gran mayoría de adolescentes embarazadas tiene recursos económicos limitados debido a que sus parejas (o padres) desempeñan labores de campo, obreros, ayudantes de comerciantes, carpinteros, albañiles, etc., y ellas no laboran (al igual que sus madres, o éstas también desempeñan un oficio de baja remuneración).

Si por otro lado, las mujeres adolescentes optan por un método definitivo también ven truncado su derecho a elegir sobre su cuerpo, e inclusive es frecuente que las mujeres adolescentes se encuentren en una relación de estupro que es naturalizada, no sólo por la familia sino por el mismo personal de salud:

[...] si es casada, se habla con el esposo, y si el esposo dice que sí [...] porque por lo general la mujer es adolescente pero el esposo ya está por los veinte más o menos, y firma y ya, pero si dice que no, no se les opera (Carolina, enfermera).

Para tal impedimento se alegó que es probable que el hospital sea demandado, sobre todo porque es una intervención que por cuestiones protocolarias necesita ser respaldado por alguien mayor de edad en caso de alguna complicación. La madre o el padre también pueden firmar, sin embargo se le da preferencia al esposo (o pareja sentimental) para decidir sobre el cuerpo de la mujer en cuestión. A pesar de que las adolescentes son reconocidas ante la ley como personas capaces de decidir sobre su cuerpo, el ámbito de salud impide el libre ejercicio de este derecho.

Por otro lado también es frecuente encontrar mujeres que desconocen o no están informadas sobre los procedimientos que se les practican. El siguiente relato es de una adolescente que tuvo un legrado debido a la muerte de su feto:

[...] nunca me dijeron por qué fue la causa del aborto, ni nada, o sea, me dijeron anda más que yo ya había arrojado al embrión, y sí me lo mostraron, pero o sea no, nunca, ni en la hoja que te dan de alta nunca pusieron porque fue el aborto [...] el embrión se quedó ahí, nunca me dijeron que me lo iban a dar, nada, sólo me dieron mi hoja de alta, y ya, no me informaron de nada (Gloria, 18 años).

De igual manera, una mujer de 17 años relató cómo se dio cuenta de que estaba embarazada por segunda vez, aunque ella había entregado el consentimiento informado para que le pusieran el dispositivo intrauterino:

[...] nos cayó de sorpresa, bueno, más a mí [...] yo no sé cómo pasó, porque hasta donde me acuerdo [tuvo cesaría bajo anestesia general] ya había autorizado a que me colocaran el DIU, y pues no me cuidé, y para colmo pues siempre me ha bajado [...] así me pasó con E, cuando estaba embarazada de él, seguí con mi regla, ya cuando vinieron los mareos fue otra historia (Lucía, 17 años).

En otros casos el dispositivo intrauterino se coloca en tiempos no recomendados, lo ideal es esperar un mes para que el útero se contraiga y se disminuya la posibilidad de que se mueva y se produzca un embarazo:

[...] me lo pusieron luego luego, ahora sí que naciendo el bebé, me estaban dando las puntadas, porque rasgaron, me dijeron que ya me iban a colocar el DIU, fue luego luego (Raquel, 16 años).

Por lo general el hecho de optar por un método anticonceptivo se hace de manera poco informada por varias cuestiones: no se tiene información suficiente ni adecuada para la elección consciente del método que mejor se adapte a la vida sexual particular de cada una de las adolescentes, no hay un espacio para informar sobre uso, ventajas y desventajas ni de forma individual ni en pareja, las adolescentes tienen que optar casi forzosamente por un método, aunque no exista ni convencimiento ni apropiación del mismo y finalmente existen muchos tabúes que persisten ante la falta de información y que rigen las conductas sexuales de los y las adolescentes:

[...] no, nunca me nombraron las ventajas, no, solamente me dieron una hoja antes del parto, cuando yo iba a mis consultas, que tenía que firmar y escoger el método que iba a escoger, pero nunca me explicaron las ventajas o desventajas (Gabriela, 17 años).

En el caso de que se nieguen a utilizar el DIU, se pide el apoyo de un familiar (madre o suegra que son las personas que suelen acompañar a las mujeres cuando son dadas de alta), para ejercer presión y se les niega el acceso a otro método que no sea el DIU (el argumento gira en torno a la viabilidad de este método para no alterar la lactancia materna) o no se les informa en qué lugares pueden encontrar el que les interesa, así como los requisitos correctos para acceder a ellos:

[...] les dije que quería que me pusieran el que va en el brazo, así, debajo de la piel, y me dijeron que ese no lo tenían, [...] me dijeron que para empezar no me lo podían poner porque es para mayores de 17 años, y como yo tengo 16 pues que no, y luego dijeron que no lo tenían, que era el DIU, y les volví a decir que no, entonces llamaron traer a mi mamá, le dijeron que a poco quería que me embarazara rápido, que estaba muy chica, pero mi mamá me preguntó y yo le dije que no quería, que el del brazo sí, pero el DIU no y entonces me apoyo y a las dos nos regañaron [...] (Miriam, 16 años).

Por otro lado, la falta de atención de forma oportuna también implica que se alteren los procesos naturales del parto a través de técnicas que lo aceleren sin que las mujeres lo autoricen y lo expresen de forma voluntaria y sin coacciones. En este sentido, suele confundirse el hecho de informar con el de autorizar:

[...] siempre se les avisa, si por ejemplo está en labor de parto le decimos, señora le vamos a aplicar un medicamento que le va a aumentar las contracciones, este medicamento va ayudar que su bebé nazca más rápido [...] cuando el médico le va a hacer un tacto también le avisa, las veces que sea necesarias, porque se les tiene que estar haciendo [...] cada mujer evoluciona de manera diferente, entonces se les hace cada cierto tiempo para que no nos vaya a ganar el bebé [...] y les avisa el médico: la voy a revisar, le voy a hacer un tacto (Carolina, enfermera).

En el siguiente relato, una mujer adolescente narra cómo fue acelerado su parto, no se le pidió autorización para romper la fuente, sólo se le realizó el procedimiento:

[...] la doctora ginecóloga, como ya llevaba ocho de dilatación, pero como no se me rompía la fuente, la provocaron que se rompiera [...] yo nada más sentí como un tacto y vi una jeringa pero sin la aguja, yo no vi pero sentí que algo me jalaban por dentro, yo creo que me rompieron la bolsa para que saliera el líquido (Andrea, 15 años)

De igual manera, es común que las adolescentes relativicen la violencia que sufren al compararse con otras mujeres que también están la labor de parto, con lo cual se propicia la no denuncia y se naturalizan los malos tratos, mismos que también se ponen de manifiesto al ignorarlas: “A otras les va peor, pasa mucho tiempo y no las atienden” (Raquel, 16 años).

Al respecto otra adolescente argumentaba:

[...] me trataron bien, ya me habían dicho que a las que se ponen a chillar no les hacen caso [...] mi mamá me decía que tenía que echarle ganas, que si me ponía a quejarme no me iban a hacer caso, que me iba a doler pero, pues que me aguantara, que me aguantara y le echara ganas [...] (Gabriela, 17 años)

El siguiente es el relato de una mujer adolescente embarazada que tuvo la oportunidad de conversar con una paciente cuyo bebé tuvo muerte fetal:

[...] una señora me platicó que la llevaron a ultrasonido pero que ya no escuchaba a su bebé, ya se había muerto su bebé y no la llevaban a legrado, sólo la tenían el observación [...] desde la una de la tarde no le habían dado informes ni lo que procedía, no la iban a checar, ni nada (Andrea, 15 años)

Con lo que se reafirma la idea de que su situación es mejor en comparación a otras mujeres aunque ellas padezcan de violencia.

En cuanto a las cesáreas:

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (OMS, 2015: 1).

No obstante, en el HMPNMPS, para el 2008, el número total de cesáreas alcanzó 55% del total de los casos atendidos, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana (NOM-003-SSA2-1993-5.4.1.6), al igual que la OMS, recomienda no superar el 15 al 20% del total de los nacimientos atendidos (López, 2013: 2).

En el caso de las mujeres adolescentes, una de las principales causas es la desproporción céfalo-pélvica, que impide que el bebé pueda descender de la manera adecuada, debido a que las adolescentes no han alcanzado un desarrollo ni crecimiento óptimos. Lo anterior trae como consecuencia el mayor riesgo de un parto pre término y desprendimiento prematuro de placenta. Ante estas complicaciones el parto es resuelto, generalmente, vía cesárea con el fin de reducir el riesgo de que la madre como el bebé pierdan la vida, sin embargo hay una gran posibilidad de que la joven madre padezca hemorragias, lesiones vasculares e infecciones de la herida, por mencionar sólo algunas, que pueden resultar incapacitantes hasta por 6 meses (López, 2013: 3-5)

Al ser un nosocomio que atiende embarazos de alto riesgo, y debido a las complicaciones resultantes, el HMPMPS presenta un número elevado de cesáreas, sin embargo es preciso cuestionar cuántas de ellas son realmente necesarias, cuántas eran necesarias pero fueron negadas

y cuántas más pudieron evitarse través de brindar las condiciones y la atención oportuna, así como preguntarse cuántas fueron consentidas de manera voluntaria.

Por otro lado, también es causa de violencia obstétrica obligar a la mujer a dar a luz en forma horizontal, sin embargo el hospital no tiene las adecuaciones estructurales para llevar a cabo partos de forma vertical, ni tampoco difunde los beneficios del mismo, inclusive las adolescentes embarazadas desconocen que hay otras formas de dar a luz.

7.2.DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

La situación de vulnerabilidad en la que se posicionan las adolescentes embarazadas frente al personal de salud, conllevan a que asuman las ordenes médicas sin cuestionamiento alguno, aunque sea en contra de su voluntad. En el HMPNMPS las mujeres que asisten presentan embarazos de alto riesgo, por lo que aumenta el apego a las órdenes médicas ante el temor de que se les niegue el servicio. También carecen de los recursos económicos para ser atendidas de forma particular y no reconocen como derecho acceder a los servicios de salud a través del seguro popular, ya que debido a su bajo costo y a la gratuidad de muchos servicios, las mujeres asumen que se les está haciendo el favor de atenderlas en lugar de sentir que pagan por un servicio que merecen recibir de forma adecuada y respetando su integridad personal sin importar su edad o condición económica.

Como se indicó, algunos de los servicios a los que tienen acceso antes de los ocho meses son nutrición, lactancia materna, clínica del adolescente y psicología.

Desde la entrada al nosocomio, un policía o una policía piden se identifiquen para que puedan ingresar. Si las mujeres no están graves (con base en una breve revisión que realiza a través de la vista él o la encargada de la puerta), pasan solas, si necesitan ayuda evidente pasa una persona para apoyarla.

Dentro del hospital la mujer embarazada tiene que agendar sus citas y presentarse en el consultorio a la hora y día indicados. Si para realizar estas acciones, la persona que la acompaña intercede, el personal de salud señala que la mujer adolescente es quien debe hacerse responsable y es frecuente que a esa indicación le siga la frase “¿Quién es la que va a tener al bebé?” Sin dar instrucciones claras sobre cuáles son los pasos a seguir, se espera que las pacientes se

desenvuelvan por el hospital como si llevaran mucho tiempo asistiendo, de tal manera que en ocasiones prefieren acercarse a las mujeres que están en sala de espera para preguntar por los módulos a los que deben dirigirse o para que les brinden mayor información.

La hora de llegada a los diferentes servicios tiene que ser una hora antes (sin importar desde dónde procedan las adolescentes embarazadas), si por cuestiones de traslado no llegan a tiempo, o de citas que por no ser atendidas dentro del horario se traslapan, las mujeres tienen que sacar una cita para el siguiente mes. Aunado a esto reciben una amonestación verbal por parte de las trabajadoras que atienden control de citas, la falta es evidenciada con un marcador en su carnet de citas, de tal manera que esta información puede ser usada por otras áreas, como psicología, para advertir a las mujeres embarazadas que después de tres citas consecutivas que dejen pasar serán dadas de baja.

Acciones de este tipo, propician un aumento de temor en las mujeres adolescentes, quienes no sólo se enfrentan a un embarazo con muchas complicaciones, sino que corren el riesgo de no ser atendidas. El aumento de estrés también es un factor de riesgo para un embarazo pre término.

No es necesario que de forma directa las mujeres experimenten una situación para generar mayor tensión, basta con ser participe visual de una experiencia de tal magnitud para generar reacciones de sumisión ante el personal de salud. A ellos también contribuyen las mujeres que han atravesado un embarazo y parto y que son familiares o amigas de la futura madre adolescente. Se les advierte que es necesario aguantar, que ser madre no es fácil, que se llora y sufre pero que al final todo vale la pena. Argumentos de este tipo contribuyen a naturalizar la violencia obstétrica, pero también llevan a cuestionarse sobre la construcción social alrededor del proceso del embarazo, parto y puerperio que está llena de violaciones sistemáticas a los derechos humanos de las mujeres y de las cuales difícilmente se perciben como tal a menos que se concluye en la muerte.

Algunas mujeres que no son tan sumisas como se esperaría, son doblemente contenidas: tanto por el personal médico como por los y las integrantes de su familia, que a través de amenazas la someten para no alterar el *habitus* médico imperante:

[...] hace tiempo tuvimos a una paciente que golpeo a una doctora y a un doctor [...] ella estaba en trabajo de parto y estaba tan estresada, tan intranquila, era su primer parto, traía

otros problemas también, emocionales, en algún momento dijo 'ya no aguanto el dolor' [...] y es que también, las pacientes llegan con la idea de que las van a ingresar y les van a hacer cesárea, y tampoco pueden ser todas la pacientes cesáreas [...] tuvimos que llamar a su familiar, porque nosotros no podemos hacer nada contra ellas y le pidieron que hablara con ella porque si no se comportaba, le iban a tener que dar su alta voluntaria del hospital y que se la levara a un particular o a otro hospital (Carolina, enfermera).

De la misma manera, existe una desaprobación social sobre el embarazo adolescente que permea las relaciones del personal de salud con las mujeres y que se manifiesta a través de las siguientes expresiones:

[...] me hacían sentir mal por las actitudes que tomaban, de por sí estabas embarazada, y luego te trataban mal, sentía más feo porque no había nadie, de hecho nadie pasa ahí donde esas [...] no podías hacer nada y estabas acostada (Sara, 15 años).

[...] a las que ya iban por su segundo o tercer bebé las regañaban, como que les hablaban más fuerte, apenas decían algo y las regañaban porque están muy chicas para tener muchos hijos (Miriam, 16 años).

[...] cuando llegué hacían comentarios de que no sabían por qué tan chiquitas, que no sabían a lo que veníamos [...]te hacían sentir mal, porque aparte de que te ya habías cometido el error de estar embarazada tan chiquita, te decían más personas que no y ni de tu familia eran (Raquel, 16 años).

También se les impide expresar su dolor durante el proceso de parto, aunque tampoco se les brinda contención para minimizar el impacto emocional ante esta situación de vulnerabilidad y dolor físico que afrontan:[...] dejen de chillar, nadie las mandó a tener hijos, o cosas así" (Miriam, 16 años) “[...] me dijo que ya no gritara, que dejara de estar alborotando [...] muchas estaban asustadas, yo creo que era su primer bebé [...]” (Laura, 18 años).

También los malos tratos se dan al ignorar las necesidades de las mujeres, y aunque suele estar contraindicado que las mujeres en labor de parto asistan al baño, la posibilidad de proporcionarles un cómodo no siempre es considerada: “[...] si alguna quería ir al baño le decían que ahorita pero no las llevaban, no les hacían caso” (Laura, 18 años).

En ocasiones también se recurre a generar miedo y amenaza de responsabilizarlas de la muerte del bebé y así garantizar su cooperación:

[...] me decía que pujara y hasta donde aguantara y que no lo soltara, porque si no se podía morir mi bebé, eso sí, te metían como presión pero yo sentía que era más como para que hicieras todo lo posible para pujar más fuerte (Raquel, 16 años).

La percepción de las adolescentes embarazadas está matizada por prejuicios, en la medida que hay una tendencia a verlas como subversivas:

[...] son pacientes con cierto grado de rebeldía, son adolescentes, hay un gran porcentaje de adicciones, entonces esas personas son más violentas, y sí, recibimos tanto las señoritas [enfermeras] como yo muchas veces agresiones verbales [...] yo tengo que dar parte a calidad, aunque por lo general no lo hacemos porque el trámite es muy engorroso [...] (Yolanda, médica).

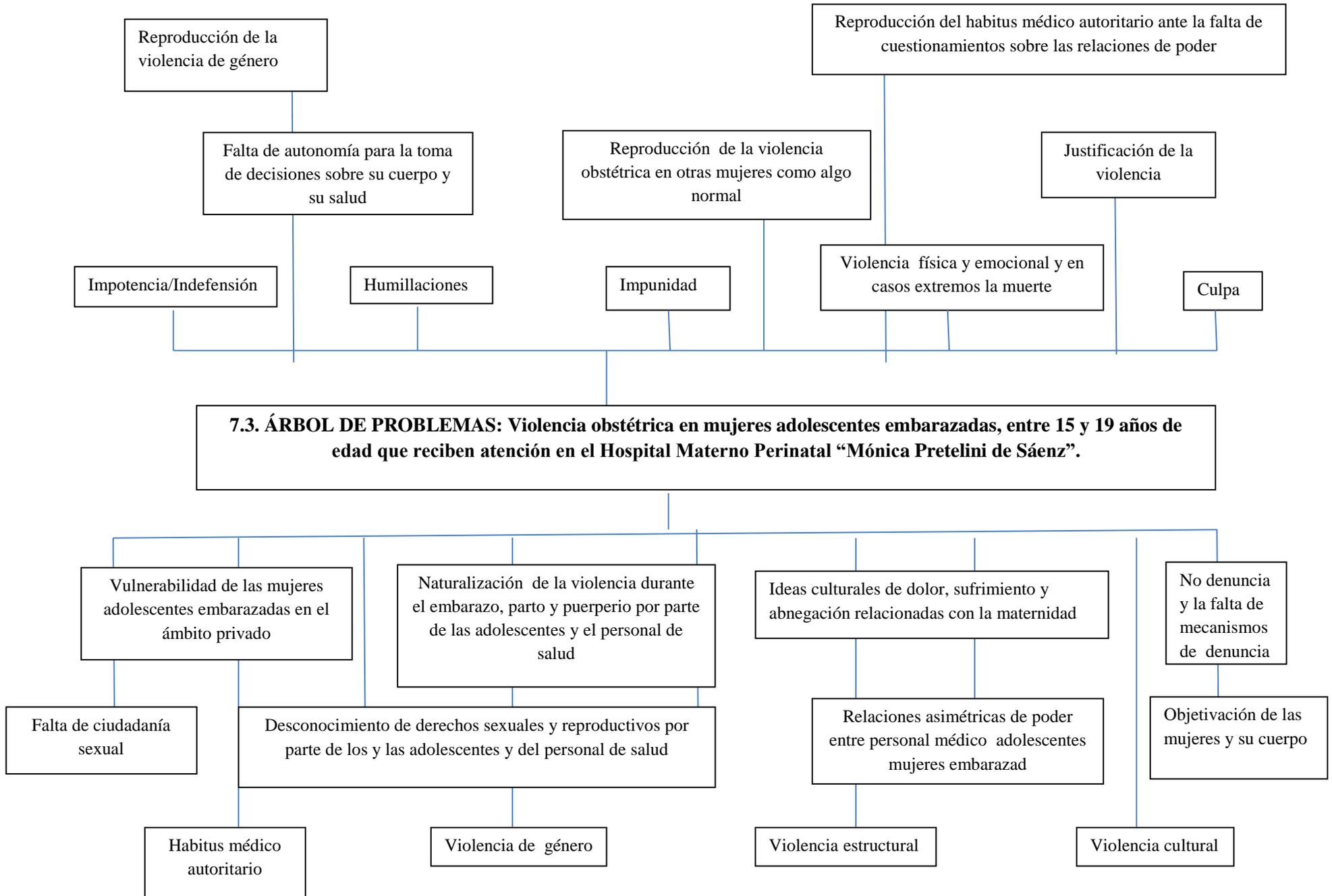
Trabajar bajo un estereotipo de la adolescencia no ayuda a brindar un servicio adecuado, es como si los roles de género se transversalizaran por una categoría más: adolescencia. Esta forma de petrificar a la visión de las embarazadas adolescentes provoca muchas desavenencias con el personal de salud, que decantan en actos de violencia naturalizada.

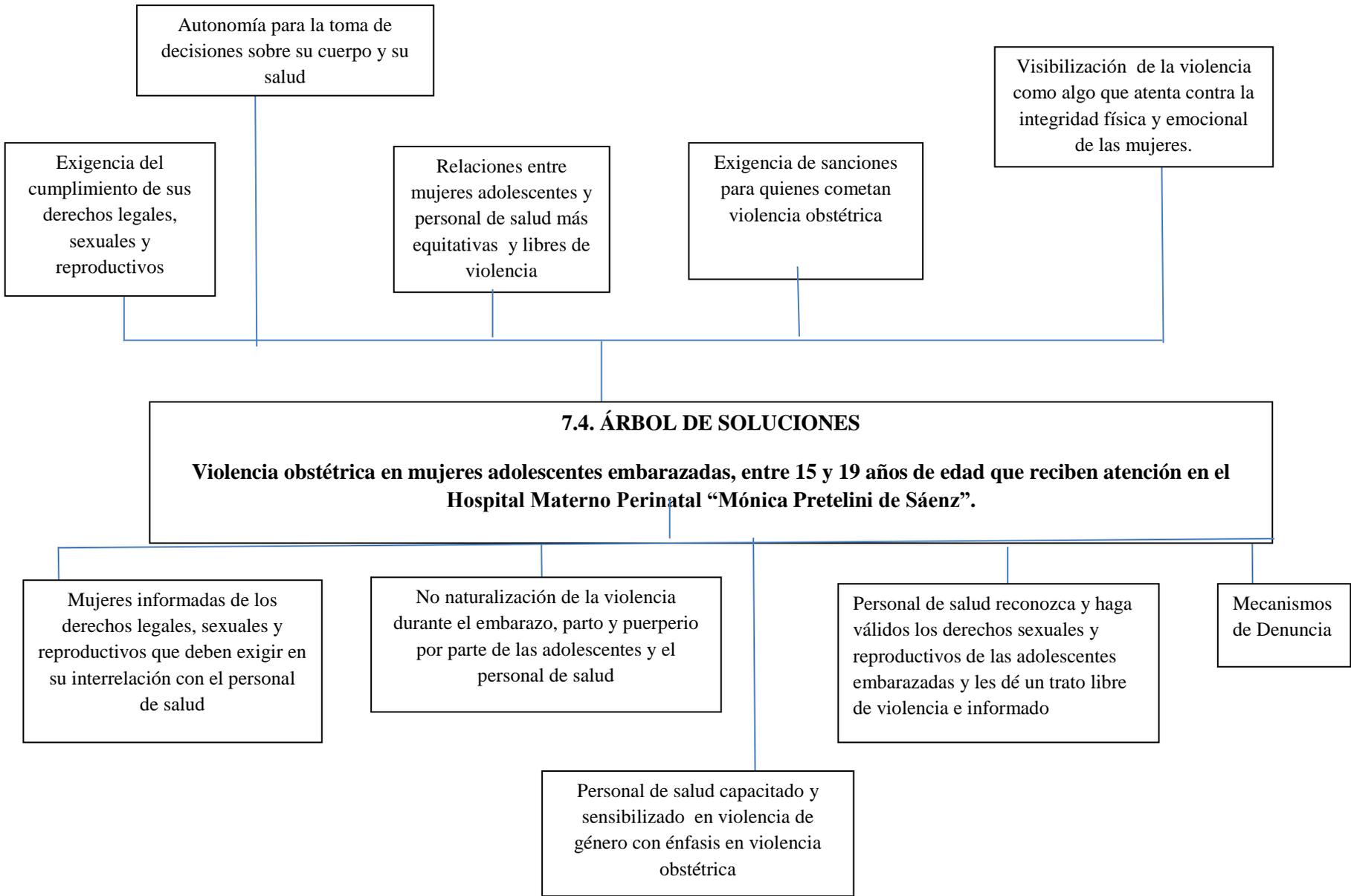
Un punto aparentemente favorable para el HMPMPS está dado por la promoción del apego de los niños y las niñas con su madre tan pronto como nacen, aunque tampoco se les pregunta a las madres sobre si quiere dar de amamantar o no a su bebé:

[...] nosotros lo promovemos desde el primer momento, si el bebé está bien y la mamá no tenga ningún sangrado, antes de cortarle el cordón, se lo pasamos al pecho, porque este es el primer contacto, y es el más importante [...] ya cuando salen de la sala, la mamá lleva consigo a su bebé (Carolina, enfermera).

Aunque ocasionalmente ha existido rechazo por parte de madres que han sufrido violencia sexual, que tienen problemas con su pareja y/o que han sido abandonadas, el hospital promueve el estereotipo de aceptación incondicional hacía su bebé y las persuade de aceptarlo y amamantarlo más allá de la situación emocional que atraviesan.

Si bien existe el departamento de calidad, la tipificación de la violencia obstétrica como delito y por ende la sanción en las leyes del Estado de México, todavía faltan esfuerzos por parte del ISEM para la sensibilización del personal de salud y mayor información para las adolescentes que las lleven a exigir sus derechos sexuales y reproductivos, en un ambiente de respeto, sobre todo ante su condición de adolescentes y la carga cultural que ello implica.

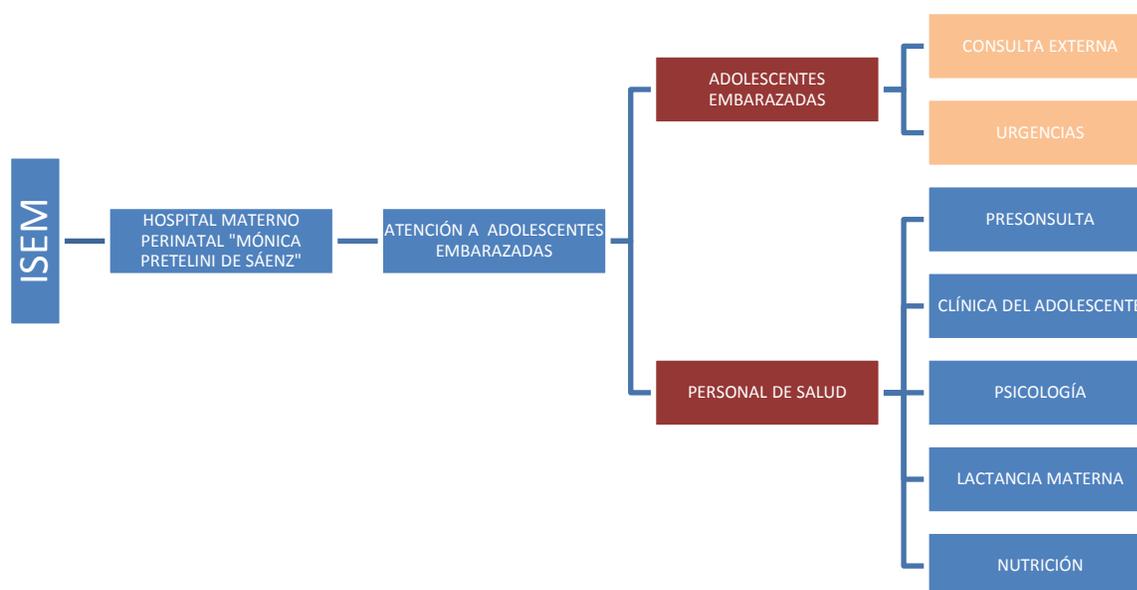




Resultado de lo expuesto, se vislumbra que la atención a la violencia obstétrica en el HMPMPS, requiere, entre otros elementos, un análisis que explore la posibilidad de intervención con las personas implicadas. Para tal efecto, a continuación se presenta, de forma esquemática, los puntos clave que permiten incidir en la viabilidad del proyecto.

8. ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN:

Existen dos grupos importantes para el desarrollo del proyecto, constituidos por el personal de salud y las adolescentes embarazadas que son usuarias del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz:



Aunque es importante señalar a los padres y madres de las adolescentes embarazadas como un grupo que puede incidir de manera significativa para la ejecución o no del proyecto, debido al apoyo y a la orientación que pueden brindar en momentos clave (respaldar a las adolescentes para recibir un trato digno, exigir que se sancione la violencia, por ejemplo) y como reproductores y reproductoras de estereotipos y prejuicios (obstáculos para el reconocimiento de derechos frente al personal de salud o promotores y promotoras del acatamiento al autoritarismo procedente del *habitus* médico), el proyecto sólo se enfoca a los grupos considerados fundamentales: adolescentes embarazadas y personal de salud; no obstante es un grupo que queda fuera de los alcances del presente proyecto, debido a su fluctuación y a su papel secundario.

8.1.ADOLESCENTES EMBARAZADAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
SEXO	Mujeres
EDAD	Entre 15y 19 años de edad
RELIGIÓN	Mayoritariamente católicas
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Secundaria en su mayoría
ESPACIO DE REFERENCIA	Poblaciones que conforman los municipios de Toluca, Zinacantepec, Metepec, Almoloya de Juárez, Temoaya, Capulhuac, Lerma, Tenango, Tenancingo, Tianguistenco, principalmente.
DISCAPACIDAD/ FACTORES DE RIESGO	Si bien el embarazo no es una discapacidad, si representa un factor de riesgo para generar padecimientos que pueden hacer más vulnerable la situación de las mujeres embarazadas, tales como diabetes gestacional, preclamsia y eclampsia. A lo que hay que sumar los factores de riesgo propios del embarazo adolescente.
ETNIA	
ESTADO CIVIL	Unión libre principalmente (a raíz de condición de embarazo), seguidas de solteras y finalmente, en un número menor, casadas.
ESTATUS DEL GRUPO: informal	
SITUACIÓN Y PROBLEMAS	
<p>Proceden de contextos económicos precarios, en su mayoría los padres tienen algún oficio y las madres se dedican a labores propias del hogar. Muchas han desertado de la escuela debido a la imposibilidad económica para solventar los gastos que conlleva y/o han referido que no les gustaba estudiar y en consecuencia han decidido buscar un empleo o dedicarse a las labores del hogar.</p> <p>Al unirse con sus parejas se vuelven dependientas económicas. La mayoría refiere que se dedicará al cuidado de sus hijos e hijas y en menor cantidad plantean trabajar para apoyar al mantenimiento de sus bebés, aunque el número incrementa de manera considerable en madres solteras. Ante embarazos no planeados ni deseados presentan niveles significativos de depresión y ansiedad.</p> <p>Un servicio de salud autoritario es percibido como normal, por una parte porque se les hace hincapié en que la adolescencia no era un momento adecuado para tener una responsabilidad tan grande. Este escenario brinda un medio propicio para generar violencia.</p>	
LIDERAZGO	Inexistente, debido a que se trata de un grupo en constante cambio de elementos, lo que dificulta la cohesión.
CAPACIDAD PROFESIONAL	Necesidad de ser atendidas por personal que se asume capacitado para brindar una atención acorde a su condición de embarazo de alto riesgo. Minoritariamente ejercen su derecho a elegir y lo expresan. Para el presente proyecto se consideran personas con autonomía, capaces de elegir informadamente y hacer respetar sus derechos.
DISPOSICIÓN PARA HACER CAMBIOS	Favorable en la medida que cuenten con la información necesaria y entendible, así como la comprensión de sus beneficios y la asesoría constante. También favorecería contar con un organismo de sanción al interior del nosocomio.
PUNTOS DE VISTA DEL GRUPO	Asumen, en su mayoría, su condición de vulnerabilidad y aceptan la violencia procedente del personal de salud como algo

	normal y merecido (ante embarazos no deseados, es frecuente que experimenten culpa).
PUNTOS CRITICOS	Situación de embarazo de alto riesgo, lo que las ubica en una posición de sumisión y dependencia al personal de salud. Estos puntos se agravan si su bebé presenta algún síndrome, malformación, tienen el cordón con doble circular, es un embarazo gemelar o ellas tienen a la par una enfermedad de transmisión sexual.
USO DEL ESPACIO	Limitado: Salas de espera, salas de expulsión, quirófanos y área de internamiento conjunto, rayos X, laboratorios. Son espacios de uso únicamente durante consulta. Las salas de espera suelen ser utilizadas en mayor medida debido a que son el punto de concentración antes de pasar al servicio regular.
INTERESES, MOTIVOS Y ACTITUDES	
INTERESES (EXPRESADOS ABIERTAMENTE, ENCUBIERTOS)	Recibir la atención necesaria para salvaguardar su vida y la de sus hijos e hijas ante la condición de embarazo de alto riesgo.
MOTIVACIÓN (ESPERANZAS, EXPECTATIVAS, TEMORES)	Entre su principal motivación se encuentra salir adelante de su embarazo, realizar un proyecto de vida estable con su pareja, tienen la expectativa de ser buenas madres, así como tener un hijo/a sano. Su principal temor radica en que su embarazo se complique de tal manera que mueran ellas y /o su bebé.
ACTITUDES (AMISTOSA, NEUTRAL, HOSTIL EN RELACIÓN AL PROYECTO Y A OTROS GRUPOS)	Se muestran entusiastas cuando se les plantea la posibilidad de recibir un trato digno y libre de prejuicios.
CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
Su participación es fundamental en la medida que en ellas radica exigir el derecho a un trato digno. Una participación activa en el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, así como los indicadores de violencia obstétrica, y contar con un organismo interno de recepción de quejas y sanción a las personas que conforman el personal de salud, ayudaría en gran medida a reducir la incidencia de casos.	

Fuente: Elaboración propia con base en la observación y entrevistas realizadas.

8.2.PERSONAL DE SALUD

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
SEXO	Hombres y mujeres
EDAD	De 18 años (estudiantes de escuelas técnicas) hasta los 70 años (médicos y médicas veteranos y personas que conforman el voluntariado)
RELIGIÓN	Mayoritariamente católicas
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Preparatoria/ escuela técnica hasta doctorado.
ESPACIO DE REFERENCIA	Personal adscrito al HMPMPS (en condición de servicio social, practicantes, o personal de base)
DISCAPACIDAD/ FACTORES DE RIESGO	Trámites institucionales (burocracia), limitado número de consultas
ETNIA	

ESTADO CIVIL	Mayoritariamente solteros y solteras. Un número importante de personas casadas se concentra en mayores de treinta.
ESTATUS DEL GRUPO: formal	
Entre uno de sus principales objetivos se encuentra “Vigilar la calidad de la atención médica integral que se proporciona a los demandantes, usuarios y pacientes mediante el diagnóstico médico oportuno, la aplicación de medicina de rehabilitación, así como el trato humano y cálido a los pacientes” (gobierno del Estado, 2013:47).	
SITUACIÓN Y PROBLEMAS	
Preocupación por cumplir con los trámites administrativos necesarios para comprobar productividad, jornadas de trabajo con tiempos limitados y en ocasiones con sobrecarga. Trabajo rutinario y repetitivo, apegado a formulismos.	
LIDERAZGO	Puesto de forma tácita en los responsables de área y jefes o jefas inmediatos, aunque es ampliamente cuestionado. La rotación de personal en cada área también favorece que el liderazgo se asuma en altos mandos.
CAPACIDAD PROFESIONAL	Personas mayoritariamente con alguna profesión comprobable (o estudiantes en formación) que se asumen como especialistas de las diferentes áreas de atención. Tienen la capacidad de incidir sobre el espacio entre citas, ordenar los estudios que consideren pertinentes y ante decisiones importantes actúan en conjunto (aunque la paciente sea atendida en espacios separados). Gracias al sistema de notas electrónicas pueden acceder a la información proporcionada por el resto del personal de salud.
DISPOSICIÓN PARA HACER CAMBIOS	Favorable en la medida que sea una orden sustentada por el o la jefa de área y respaldada por el director de la institución.
PUNTOS DE VISTA DEL GRUPO	Refieren que la capacitación constante es necesaria, sin embargo se muestran con un nivel moderado de resistencia si se les plantea que con la capacitación deben de asumir más responsabilidades que las que ya tienen.
PUNTOS CRITICOS	<p>Presupuesto del HMPMP (ISEM, 2014:1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversión federal, traspalada a los estados y municipios, partiendo de la descentralización de recursos financieros. • Ingresos por presupuesto local. • Ingresos de autofinanciamiento (cuotas de recuperación). • Captación de recursos por medio de programas prioritarios (CAUSES, sistema de protección social en salud (Gastos catastróficos, Seguro popular, Seguro médico siglo XXI). • Captación de recursos por medio de donaciones. <p>En este sentido, uno de los principales obstáculos podría estar representado por recursos limitados para la capacitación.</p> <p>El horario también podría representar un obstáculo debido a que el personal difiere en horas de entrada y salida y éstas están en función de las diferentes áreas.</p> <p>El HMPMP cuenta con aulas de enseñanza equipadas que pueden ser utilizadas para la capacitación, su uso es a través de oficio y sujeto a disponibilidad de horario.</p>
USO DEL ESPACIO	El personal de salud ocupa todas las áreas del hospital. Entra y sale de los espacios internos del hospital cuando es necesario. Tienen a su

	disposición los recursos materiales que les son asignados y tienen una apropiación más significativa de los espacios.
INTERESES, MOTIVOS Y ACTITUDES	
MOTIVACIÓN (ESPERANZAS, EXPECTATIVAS, TEMORES E INTERESES- EXPRESADOS ABIERTAMENTE O ENCUBIERTOS)	Al igual que otros espacios con alta demanda, una de sus principales motivaciones es conservar su empleo (sujeto a la productividad), aspiran a subir en el escalafón para posicionarse en niveles mayores del organigrama del HMPMPS. La elaboración de las notas médicas, que dan cuenta de su desempeño profesional en el consultorio, son cuidadosas para no evidenciar, e inclusive justificar, comentarios humillantes u ofensivos, hacia las embarazadas adolescentes.
ACTITUDES (AMISTOSA, NEUTRAL, HOSTIL EN RELACIÓN AL PROYECTO Y A OTROS GRUPOS)	Con base en la propia naturalización que tienen en la violencia obstétrica, se muestra resistencia a asumirse como parte del problema. Se posicionan como personas que deben de orientar en el proceso de embarazo, parto y puerperio a las adolescentes, y justifican su autoritarismo (generador de la violencia) a través de argumentos que desde su punto de vista evidencian la falta de madurez corporal, emocional, económica y cognitiva de las embarazadas.
CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
<p>Su participación es fundamental, puesto que el personal de salud es quien genera las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica.</p> <p>El lograr una concientización de este hecho sería uno de los principales logros del proyecto. Brindaría la posibilidad de mejorar el trato hacia las pacientes y con ellos elevaría su status de personal de primer nivel. De igual manera mejoraría la calidad de vida de las mujeres embarazadas y haría el transito del embarazo, parto y puerperio una experiencia más gratificante. Establecería relaciones libres de violencia y con ello cumplirían con la protección de los derechos que señala la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México.</p>	

Fuente: Elaboración propia con base en la observación y entrevistas realizadas.

9. PROPUESTA DE CURSO DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El personal de salud del nosocomio antes referido tiene características particulares que deben ser consideradas para el desarrollo del presente proyecto:

- La mayoría son personas en rotación constante. La continua reasignación de horarios, en algunas áreas, sobre todo en quirófanos y tococirugía precisa que el curso sea brindado en diversos horarios para obtener un mayor número de asistentes.

- En áreas particulares, como nutrición, clínica del adolescente, lactancia materna y psicología, que no tienen cambios de manera frecuente, se proyecta una asistencia regular si el curso se brinda temprano, preferentemente antes del inicio de la consulta regular.
- Al ser un hospital de alta especialidad enfocado a atender embarazos de alto riesgo, se vislumbra como factor de inasistencia las prioridades médicas que pudieran surgir en dicho nosocomio.
- Realizar técnicas grupales o cualquier otra estrategia que implique formación de grupos o trabajo grupal, también queda descartada puesto que restaría tiempo para la organización y en consecuencia para la difusión de la información.

Por tales razones se plantea un curso flexible, breve y enfocado a puntos esenciales para difundir la información primordial que todo el personal de salud del HMPMPS debe considerar al momento de ejercer su práctica profesional para evitar incurrir en causales de violencia obstétrica y por ende crear relaciones más sensibles, sanas y menos violentas.

9.1. FICHA TÉCNICA

Título del curso: Trato digno en la atención a mujeres en condición de embarazo, parto, puerperio y/o emergencias obstétricas

Número de sesiones:	3
Duración de la sesión	1 hora
Duración del curso:	3 horas
Modalidad:	presencial
Fechas programadas:	Pendiente.
Costo:	Pendiente
Objetivo general:	Hacer visible la violencia obstétrica en el HMPMPS, para generar medidas de prevención a partir de la reflexión
Participantes:	Hombres y mujeres que forman parte del personal de salud que labora en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz
Criterios de evaluación y	100% de asistencia al curso

acreditación

Aprendizajes
esperados:

- Comprender la importancia de la perspectiva de género en el ámbito de salud.
- Concientizar acerca de la atención fundamentada en la no violencia y el respeto a los derechos humanos fundamentales.
- Conocer las causales de la violencia obstétrica así como el impacto que tiene para la vida de las adolescentes embarazadas.
- Conocer las sanciones a las que se hacen acreedoras el personal médico que comete violencia obstétrica.
- Practicar el decálogo de la no violencia obstétrica.

TEMARIO:

Sesión 1:	<ul style="list-style-type: none">• Bienvenida• Presentación del curso (estructura y objetivos)• Género y su impacto en el ámbito de la salud pública• Concepto de violencia• Violencia de género y su huella en la vida de las mujeres.• Violencia obstétrica• Manifestaciones de la violencia obstétrica.• Reflexión final
Sesión 2:	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes adolescentes: construcción de género y relaciones de poder.• Consecuencias de la violencia obstétrica para las adolescentes• Adolescentes como poseedoras de derechos.• Normatividad que protege los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.• Causales de violencia obstétrica y su sanción• Reflexiones finales

Sesión 3:

- Importancia de generar relaciones de no violencia en el ámbito de la salud.
 - Estrategias para prevenir la violencia obstétrica.
 - Decálogo de la no violencia obstétrica
 - Reflexiones finales
 - Cierre del curso
-

9.2. CARTA DESCRIPTIVA			Número de sesión: 1/3			
Nombre del curso: Trato digno en la atención a mujeres en condición de embarazo, parto, puerperio y/o emergencias obstétricas						
Lugar y fecha de la capacitación: en aulas de enseñanza del HMPMPS						
Nombre facilitador/facilitadora: Maricarmen Gómez Muñoz						
Perfil de los/las participantes: Hombres y mujeres que forman parte del personal de salud que labora en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz						
Objetivo general: Explorar los conceptos de género, violencia, violencia de género y violencia obstétrica y sus consecuencias en el ámbito de salud.						
RESULTADOS DE APRENDIZAJE	TEMAS	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE O ACTIVIDADES A DESARROLLAR		TÉCNICA INSTRUCCIONAL	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO (minutos)
		Facilitador/a	Participantes			
Conoce la estructura y los objetivos del curso.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Presentación de el/la facilitador/a. • Presentación del curso: estructura (3 sesiones, 1 hora cada una, asistencia total genera constancia de curso) y objetivo general y por sesión) 	El/la facilitador/a da la bienvenida, se presenta y explica la estructura del curso y el objetivo que se pretenden alcanzar en esta primera sesión.	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan - Piden la palabra para aclarar dudas 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón - Plumones 	5 minutos
Explora el concepto de género, así como las repercusiones	<ul style="list-style-type: none"> • Género y su impacto en el ámbito de la salud pública 	<ul style="list-style-type: none"> - Se expone en concepto de género. - Se proporcionan 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan - Piden la palabra para aclarar dudas. 	Expositiva Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora 	20 minutos

<p>que éste tiene para influir en las condiciones de vida, oportunidades y posibilidades en el desarrollo personal de las embarazadas adolescentes,</p>		<p>ejemplos prácticos, para visualizar cómo esta categoría define las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres y se analizan cada una de ellos. Se manejarán tres ejemplos, el primero en cuanto a hombres y mujeres en lo laboral; el segundo ilustrará las relaciones asimétricas en el ámbito hospitalario y el tercero en relación a las adolescentes embarazadas. Se pone énfasis en la interseccionalidad: edad, mujer, embarazada, de escasos recursos, bajo nivel educativo, dependiente</p>	<p>-Aportan ideas y ejemplos. - Forman parte activa del análisis de los ejemplos al ser cuestionados/as.</p>		<p>- Cañón Plumones</p>	
---	--	--	---	--	-----------------------------	--

		económicamente y en situación de riesgo.				
Conoce tres conceptos clave: violencia, violencia de género y violencia obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de violencia • Concepto de violencia de genero • Violencia obstétrica • Manifestaciones de la violencia obstétrica 	- Realiza una presentación donde define y ejemplifica cada una de las violencias señaladas. Se retoman argumentos del diagnóstico para invitar a la reflexión y a la forma en la que se establecen relaciones asimétricas entre el personal de salud y las adolescentes embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan - Interfieren para hacer preguntas. - Aportan comentarios 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón - Plumones 	25 minutos
Expresa lo que comprendió del tema	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión final 	Se abre ronda de preguntas y respuestas para verificar que los resultados de aprendizaje sean los esperados. Cierra la exposición	<ul style="list-style-type: none"> - Participan activamente. - Realizan preguntas y comparten puntos de vista 	- Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón Plumones 	10 minutos

		con un resumen general				
--	--	------------------------	--	--	--	--

9.3. CARTA DESCRIPTIVA			Número de sesión: 2/3			
Nombre del curso: Trato digno en la atención a mujeres en condición de embarazo, parto, puerperio y/o emergencias obstétricas						
Lugar y fecha de la capacitación: aulas de enseñanza del HMPMPS						
Nombre facilitador/facilitadora: Maricarmen Gómez Muñoz						
Perfil de los/las participantes: Hombres y mujeres que forman parte del personal de salud que labora en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz						
Objetivo general: reconocer a las adolescentes como sujetas de derechos, conocer la normatividad que protege sus derechos, las causales de la violencia obstétrica, su impacto en las mujeres adolescentes y las sanciones pertinentes.						
RESULTADOS DE APRENDIZAJE	TEMAS	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE O ACTIVIDADES A DESARROLLAR		TÉCNICA INSTRUCCIONAL	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO (minutos)
		Facilitador/a	Participantes			
Toma conciencia de la construcción de género (y su transversalización) que influye en el trato con adolescentes embarazadas	Pacientes adolescentes: Construcción de género y relaciones de poder.	Expone, con base en el análisis de testimonios extraídos del diagnóstico, cómo la construcción que se hace alrededor del género decanta en relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan. - Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. - Plantean dudas 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón - Plumones 	10 minutos

		asimétricas de poder en la atención hospitalaria hacia adolescentes embarazadas y cómo éstas generan patrones de violencia invisibilizada o normalizada. Resuelve dudas.				
Conoce las acciones causales de violencia obstétrica	Causales de la violencia obstétrica	Se expone e capítulo V Bis de la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, artículo 27 ter, que indica las causales de violencia obstétrica y se ejemplifican con algunos testimonios obtenidos durante el diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan. - Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. - Plantean dudas 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón 	20 minutos

<p>Conoce el impacto que la violencia obstétrica tiene en mujeres adolescentes,</p>	<p>Consecuencias de la violencia obstétrica para las adolescentes</p>	<p>Expone las consecuencias emocionales y físicas que genera la violencia obstétrica.</p> <p>Ilustra con notas de periódico los tres casos más relevantes de este tipo de violencia en los que ha intervenido la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.</p> <p>Resuelve dudas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan. - Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. <p>Plantean dudas</p>	<p>Expositiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón 	<p>15 minutos</p>
<p>Reconoce a las mujeres adolescentes como poseedoras de derechos</p>	<p>Normatividad que protege los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.</p>	<p>Expone esquemáticamente las leyes y acuerdos internacionales que protegen a las mujeres de todo tipo de violencia.</p> <p>Resuelve dudas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan. - Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. <p>Plantean dudas</p>	<p>Expositiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón 	<p>15 minutos</p>

9.4 CARTA DESCRIPTIVA			Número de sesión: 3/3			
Nombre del curso: Trato digno en la atención a mujeres en condición de embarazo, parto, puerperio y/o emergencias obstétricas						
Lugar y fecha de la capacitación: aulas de enseñanza del HMPMPS						
Nombre facilitador/facilitadora: Maricarmen Gómez Muñoz						
Perfil de los/las participantes: Hombres y mujeres que forman parte del personal de salud que labora en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini de Sáenz.						
Objetivo general: reconocer la importancia de generar relaciones libres de violencia en el ámbito de la salud pública en la atención a adolescentes embarazadas.						
RESULTADOS DE APRENDIZAJE	TEMAS	ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE O ACTIVIDADES A DESARROLLAR		TÉCNICA INSTRUCCIONAL	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO (minutos)
		Facilitador/a	Participantes			
Reconoce la importancia de generar relaciones sin violencia	Importancia de generar relaciones de violencia en el ámbito de la salud	Expone las ventajas que trae consigo mantener relaciones alejadas de la violencia en el ámbito de la salud pública a través de información apoyada en estadísticas e investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchan. - Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. Plantean dudas	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación en Power Point - Computadora - Cañón 	15 minutos
Conoce el	Estrategias para	Da a conocer el	- Escuchan.	Expositiva	- Presentación	30 minutos

decálogo para prevenir la violencia obstétrica.	prevenir la violencia obstétrica. Decálogo de la no violencia obstétrica.	decálogo de la no violencia obstétrica.	- Aportan comentarios. - Participan activamente. - Realizan preguntas. Plantean dudas		en Power Point - Computadora - Cañón	
	Reflexiones finales	Da pauta para que los y las participantes expresen lo aprendido. Retroalimenta lo expresado. Entrega decálogo de la no violencia obstétrica.	Expresan conocimientos y opiniones.			15 minutos
	Cierre del curso y evaluación	Finaliza el curso.	Retroalimentan el curso.			

El siguiente decálogo, está elaborado con base en el capítulo V Bis de la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, artículo 27 ter. Debe ser considerado como un ejercicio académico que necesita ser evaluado y afinado. No obstante, servirá, en un primer momento, para establecer acciones que deben ser consideradas por el personal de salud para evitar violentar a las adolescentes embarazadas:

9.5. DECALOGO DE LA NO VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El personal de salud, una vez que haya tomado en su totalidad el curso antes descrito, portará el siguiente decálogo (Anexo 1) junto con las credenciales que la institución proporciona y que los y las identifica como parte del personal del HMPMPS:

Medidas: 10.79 cm., ancho por 13.97 cm., largo

Anverso



Nombre del curso

Imagen alusiva, no estereotipada.

Institución hacia la cual va dirigido, y cuyo personal ha sido capacitado

Reverso:

Marco de acción para el personal de salud el HMPMPS.

Política:
Todos y todas las integrantes del Hospital Materno perinatal "Mónica Pretelini de Sáenz" apoyan y promueven la prevención de la violencia obstétrica a través de las siguientes acciones:

- 1 No discriminar
- 2 Brindar atención oportuna y eficaz
- 3 No emitir ningún comentario que dañe la integridad física y emocional de las pacientes
- 4 Ante toda intervención médica o quirúrgica pedir consentimiento voluntario, expreso e informado por parte de las pacientes
- 5 No realizar procedimientos ginecológicos innecesarios
- 6 Proveer las condiciones óptimas para un parto digno
- 7 No emplear los cuerpos de las mujeres como instrumentos didácticos
- 8 No realizar acciones que dañen la dignidad, integridad o libertad de las mujeres
- 9 Brindar a las mujeres las condiciones necesarias para la toma de decisiones informada.
- 10 Acceso informado a métodos anticonceptivos

Estatutos a seguir para la atención a adolescentes en condición de embarazo, parto y puerperio

Es decir, durante la atención a mujeres en condición de embarazo, parto, puerperio y/o emergencias obstétricas, se recomiendan seguir los siguientes pasos por parte del personal del HMPMPS:

1. **No discriminar:** a las mujeres por condiciones de raza, clase, situación económica, religión, creencias, estado civil, ni edad, que puedan decantar en acciones que atenten contra su dignidad humana al recibir atención en el servicio de salud
2. **Brindar atención oportuna y eficaz:** para salvaguardar la vida de las mujeres y de sus bebés.
3. **No emitir ningún comentario que dañe la integridad física y emocional de las pacientes,** esto implica burlas, humillaciones, comentarios hirientes o de cualquier otra índole que vulnere a las mujeres embarazadas.
4. **Ante toda intervención médica o quirúrgica pedir consentimiento voluntario, expreso o informado por parte de las pacientes,** para hacer válido el derecho a la libre elección de las mujeres en lo que concierne a su salud sexual y reproductiva.

5. **No realizar procedimientos obstétricos innecesarios:** que dañen la integridad física y emocional de las mujeres y que en la práctica no demuestren ser oportunos para una mejor atención.
6. **Proveer las condiciones necesarias para un parto digno:** respetando posiciones de libre elección para el parto y, de contar con las condiciones necesarias, brindar un parto vertical o acorde a los usos y costumbres propios de cada mujer
7. **No emplear los cuerpos de las mujeres como instrumentos didácticos:** en la formación de futuros profesionistas de la salud, a menos que las mujeres lo autoricen sin que en ello medien amenazas, presiones o cualquier otro medio para coaccionar a las mujeres.
8. **No realizar acciones que dañen la dignidad, integridad o libertad de las mujeres:** es decir, no ejecutar actos en los que las mujeres se sientan presionadas a actuar y que comprometan sus derechos fundamentales.
9. **Brindar a las mujeres las condiciones necesarias para la toma de decisiones informada:** implica abrir un espacio de dialogo entre las mujeres y el personal de salud para que las pacientes se expresen, aclaren sus dudas y puedan elegir la mejor opción, de acuerdo a sus necesidades propias, ante cualquier proceso obstétrico y ginecológico.
10. **Acceso informado a métodos anticonceptivos:** no deben mediar presionas para que las mujeres decidan el uso o no de algún método anticonceptivo temporal o permanente.

10. PROPUESTA DE INFOGRAFÍA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS PARA PREVENIR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

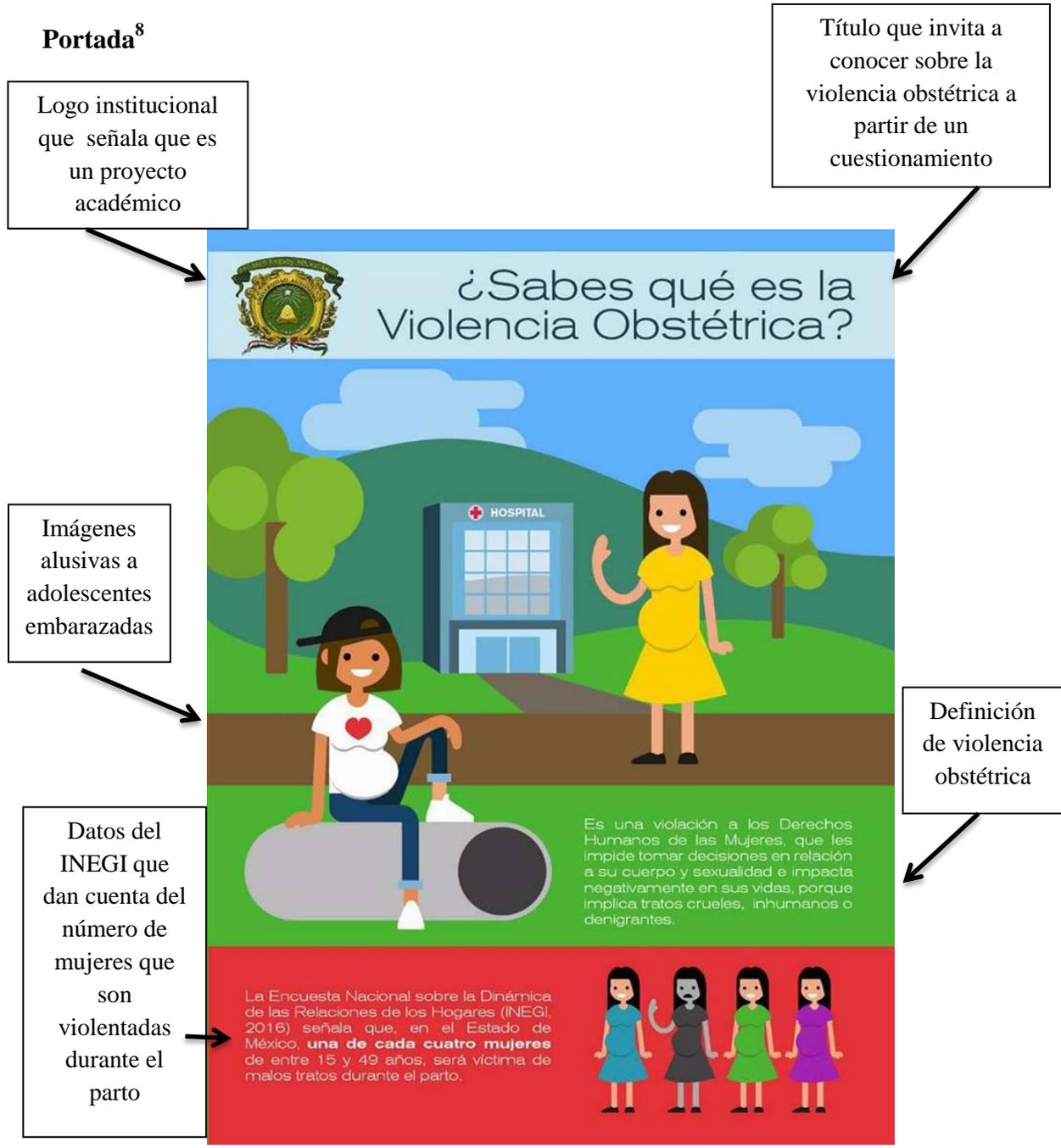
La infografía propuesta (Anexo 2) será elaborada en un folder que será entregado a cada una de las adolescentes embarazadas. Se pretende que el folder sea llevado con ellas a cada una de las citas programadas en virtud de que deben transportar consigo algunos documentos indispensables, como su póliza de Seguro Popular y su Carnet de citas.

Entre las características a considerar se encuentra:

- Empleo de un lenguaje sencillo y acorde a las adolescentes.

- Informar sobre sus derechos sexuales, reproductivos y legales para que a través de un proceso de reflexión exijan su cumplimiento.
- Atractivo visualmente.

Portada⁸



⁸ Infografía en colaboración con Eduardo y Duarte Hernández Caballero, pasantes de la Licenciatura en Diseño gráfico, egresados de la UAEMex

Inclusión de todo el personal de salud como posible generador de violencia

Imágenes que ilustran las personas que pueden cometer violencia obstétrica

¿Quiénes la cometen?

todas las personas que trabajan en los hospitales y centros de salud.

¡Cuidado! Este tipo de violencia puede ocurrir en cuatro momentos clave:

- Durante el embarazo
- En proceso de parto
- En periodo de cuarentena
- En emergencias obstétricas.

Desde el año 2009, se emitió la **Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia del Estado de México**, que salvaguarda el derecho de todas las mujeres a ser tratadas sin violencia y sin discriminación.

Esta ley señala que la violencia obstétrica es un delito y merece ser sancionada.

Momentos que estipula la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en los que puede ocurrir la violencia obstétrica

Alusión a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia como eje legal de una vida sin violencia ni discriminación

Señalamiento de la violencia obstétrica como delito que puede ser acreedor a una sanción

Alusión al artículo 1 de los derechos sexuales y reproductivos: decidir libremente sobre su cuerpo y su sexualidad

Darse cuenta de que sufres violencia a veces resulta difícil, por eso aquí está una escala para que puedas detectarla.

Pregunta si tienes dudas, tienes derecho a decidir sin presiones o amenazas



Escala de la violencia obstétrica que permita detectar las acciones que atentan contra la integridad, dignidad y libertad de las adolescentes embarazadas

Derecho a decidir libre e informadamente

Tú decides...

...Si se realiza algún procedimiento o no, una vez que te den toda la información que necesites saber para elegir lo mejor para ti. Muchas veces, las mujeres piensan que es normal recibir tratos crueles, inhumanos y denigrantes cuando necesitan atención médica y no lo hablan, prefieren callar y olvidarse de lo sucedido, otras tantas piensan que ese es el "precio" que hay que pagar por ser madres.

NADIE tiene derecho a maltratarte ni física, ni psicológicamente.

¿Qué debes hacer?
Primero, estar bien informada, recuerda que si no conoces tus derechos difícilmente podrás exigir que se respeten. En segundo lugar, saber que tienes derecho a recibir atención digna más allá de tu edad y tu condición de embarazo; y en tercer lugar, tener presente que la violencia gineco-obstétrica puede ser denunciada y sancionada.

¿Has sufrido violencia Gineco-Obstétrica? Acude a:

Centro de Justicia para las Mujeres Paseo Matlazincas 1100, Col. La Teresona, C.P. 50040, Toluca, EDOMEX. Atención: lunes a domingo, las 24 horas. Tel. (01722) 283 19 99 y (01722) 283 20 07	Fiscalía Central para la Atención de Delitos Vinculados a la Violencia de Género Av. Morelos Ote. 1300, 3er piso, Col. San Sebastián, C.P. 50090, Toluca, EDOMEX. Atención: lunes a viernes de 9:00 a 19:00 HRS. Tel. (01722) 226 16 00 ext. 3917 y 3889.
---	---

Si necesitas Apoyo Legal, te lo pueden brindar sin costo alguno en:

Instituto de la Defensoría Pública
Calle México 604, 3er piso, Col. Las Américas, C.P. 50130, Tel. (01722) 280 44 84.

RECUERDA, ES TU OBLIGACIÓN EXIGIR QUE SE CUMPLAN TUS DERECHOS, AL HACERLO DEFIENDES TU VIDA Y LA DE TU BEBÉ.

Texto de Maricarmen Gómez Muñoz | Ilustraciones de Eduardo y Duarte Hernández Caballero

Visibilizar la normalización de la violencia como parte de la maternidad

Respeto a la integridad física y emocional de las adolescentes embarazadas

Obligaciones de las adolescentes embarazadas

Instancia que puede brindar apoyo legal de forma gratuita

Instancias que pueden auxiliar a las mujeres víctimas de violencia obstétrica

Créditos

Exhortación a exigir el cumplimiento de sus derechos y el alcance de hacerlo.

11. CONCLUSIONES

La violencia obstétrica ejercida en contra de las embarazadas adolescentes en las instalaciones del HMPMPS es sistemática y naturalizada. Debido a la construcción social y a los prejuicios que se tienen de la adolescencia y del embarazo adolescente se potencializan las acciones para humillar, silenciar, culpabilizar y menospreciar a las mujeres que atraviesan un embarazo entre los 15 y 19 años de edad, aunque esta violencia se agudiza a medida que la edad de la mujer es menor.

Las relaciones de poder asimétricas sobre las adolescentes embarazadas es producto del *habitus* médico. Por un lado, el conocimiento especializado del personal de salud genera poder sobre las pacientes pues éstas se sienten con pocas posibilidades de opinar o cuestionar al personal médico o psicológico y, si lo hacen, llegar a ser ignoradas, humilladas, culpabilizadas y menospreciadas por el hecho de ser percibidas como madres “irresponsables” por su edad; por el otro lado, el desconocimiento de derechos así como de los procedimientos médicos y psicológicos de las pacientes genera que éstas naturalicen los “malos tratos” del personal de salud, sin embargo, los resignifican como estrategias de resistencia “aguantarse” para salvaguardar su vida y la de su recién nacido/a y las propias dinámicas de la institución: alta demanda de los servicios de salud y reducida infraestructura hospitalaria, poco personal médico, psicológico y de trabajo social, falta de sensibilización sobre los derechos sexuales y reproductivos y la falta de un área hospitalaria para la denuncia de la violencia obstétrica que se intersecta con la condición económica precaria, pues carecen de recursos para asistir a un hospital privado para demandar una mejor atención. En suma, todos son elementos confluyen y facilitan la violencia obstétrica.

Además, las relaciones de género son relevantes porque los hombres (médicos y la pareja de las adolescentes) socialmente asumen que pueden decidir sobre el cuerpo de las mujeres adolescentes y, por tanto, las nulifican o las cosifican, mientras que las relaciones con las mujeres (enfermeras, psicólogas, madres de las adolescentes) refuerzan los estereotipos femeninos hacia las adolescentes como “no quejarse”, “sacrificarse”, “aguantar el dolor”, etcétera limitando las decisiones de las adolescentes. debido a su mayor nivel de educación y a la posición indispensable que ocupan para que las adolescentes salgan avantes de su embarazo, aunado al *habitus* médico en el que se han preparado se posicionan en el grado superior de la relación de poder cuando interrelacionan con las pacientes. Este aparente nivel de superioridad también

contribuye para violentar a las adolescentes embarazadas y que de parte de éstas exista una total aceptación a los malos tratos, ante la necesidad de salvaguardar su vida y la de sus bebés.

Los casos de embarazos adolescentes atendidos en el HMPMPS se caracterizan por estar presentes en madres de bajo nivel de escolaridad, dependientes económicas, sujetas a roles tradicionales de género y que han introyectado (ya sea por relatos de sus madres o mujeres cercanas) el estereotipo de madre que debe dar todo por su bebé, apoyando la invisibilización de la violencia de esta manera.

La dinámica autoritaria, que exige de las adolescentes embarazadas total sumisión, también es reforzada por las construcciones culturales en torno al embarazo adolescente, de tal manera que existe poca denuncia y sólo se reconoce como violencia cuando hay alguna consecuencia trágica como la muerte materna, sin embargo, los daños físicos y psicológicos que pueden causarse por una mala praxis médica o una inadecuada atención, son significativos para la vida futura de las adolescentes y su relación con sus recién nacido/a.

La violencia obstétrica se manifiesta principalmente en dos vertientes entrelazadas entre sí; la física que está representada por un gran número de cesáreas, que exceden los parámetros establecidos por la ONU, por más de 30 puntos porcentuales, la imposición de colocarse un dispositivo intrauterino antes de dejar el hospital (en momentos no idóneos y con toda la responsabilidad sobre la mujer para que funcione adecuadamente), la anulación de la toma de decisiones sobre su cuerpo, sobre todo porque se tiene que respaldar por una firma procedente de su pareja o de su padre o madre, con lo cual se le resta autonomía y se violenta su derecho a la elección libre e informada. Y la psicológica, denotada por humillaciones basadas en su edad, negación para expresar dolor, argumentos que las hacen sentirse culpables, amonestaciones verbales y/o amenazas, desaprobación de su condición de embarazo, señalamientos y regaños constantes.

Los cuatro pilares fundamentales que sostienen la reproducción de la violencia obstétrica:

- 1) La vulnerabilidad de las mujeres embarazadas adolescentes en los consultorios donde se manifiestan las relaciones asimétricas de poder entre el personal de salud y ellas pues son vistas como sujetas pasivas y tratadas a partir de un estereotipo forjado por el *habitus* médico.

- 2) La naturalización de la violencia durante el embarazo, parto y puerperio por parte de las adolescentes embarazadas y el personal de salud, al asumir que son procedimientos dolorosos y molestos *per se*, generando así la invisibilización del fenómeno y por ende la poca o nula denuncia.
- 3) Lo anterior se complementa con las ideas culturales de dolor, sufrimiento y abnegación relacionadas a la maternidad y que son transmitidas de madres y parientes femeninos a hijas.
- 4) Y finalmente el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de parte de las adolescentes y del propio personal de salud.

Los efectos psicológicos de la violencia obstétrica, pueden traer consigo consecuencias para la salud: cuadros de ansiedad, trastornos del sueño, depresión que pueden culminar, en casos extremos, en intento de suicidio, o que agravan su condición de embarazo de alto riesgo y dejar secuelas físicas que incidan de forma significativa en sus derechos sexuales y reproductivos.

La violencia obstétrica está invisibilizada y es aceptada tácitamente en la interrelación entre el personal de salud y las mujeres adolescentes, lo cual hace evidente que no hay un reconocimiento de la misma y por ende se sigue reproduciendo como parte del funcionamiento normal del nosocomio, lo que devela imperiosa la necesidad de que tanto el personal de salud como las adolescentes embarazadas reciban información suficiente para reconocerla, analizar los daños que provoca e intervenir de forma activa para su erradicación .

Por tales motivos, contar con una estrategia que permita, por un lado, brindar las herramientas a las adolescentes embarazadas para detectar, denunciar y generar procesos de sanción ante la violencia obstétrica, y por otro, brindar capacitación al personal para promover una mayor sensibilización ante los procesos de embarazo, parto y puerperio de las mujeres embarazadas a la vez que se les informa que la violencia es un delito sancionable, puede decantar en la disminución, e inclusive en la erradicación, de pautas violentas hacia las usuarias del HMPMPS.

12. FUENTES CONSULTADAS

- Almonte, Gabriela (2016), “Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino” en *Revista Décsir*. EAM, núm. 2. Disponible en: <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf> [23/03/2017].
- Ávalos Capín, Jimena (2013), *Derechos reproductivos y sexuales*, México. UNAM.
- Castro, Roberto (2009), “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos de salud reproductiva en México”, en *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____ (2012), “Problemas conceptuales en el estudio de la violencia de género. Controversias y Debates a tomar en cuenta” en Norma Baca y Graciela Vélez (comps.), *Violencia, género y la persistencia de la desigualdad en el estado de México*, Buenos Aires: Mnemosine.
- _____ (2014), “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, abril-junio, Ciudad de México: UNAM.
- Castellanos Rivero, Alin (2015), *Índices de violencia obstétrica en México*, CISAV (Centro de Investigación Social Avanzada): Querétaro. Disponible en: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/> [12/06/2017].
- Conapo (Consejo Estatal de Población) (2014), *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, Ciudad de México: Gobierno Federal. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/ENAPEA_V10.pdf [23/03/2017].
- Gire (Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2015), “*Violencia obstétrica*” en *Informe Gire 2015: Omisión e indiferencia, derechos reproductivos en México*, Ciudad de México: Ciudad Editorial. Disponible en: <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf> [07/06/2017].

Gobierno del Estado de México (2008), *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del estado de México*, Toluca de Lerdo: Gobierno del Estado de México. Disponible en: <http://dgprs.edomex.gob.mx/sites/dgprs.edomex.gob.mx/files/files/Marco%20Juridico/Ley%20Mujeres%20Libre%20de%20Violencia.pdf> [23/03/2017].

_____ (2013), Gaceta de gobierno, Toluca: Gobierno del Estado. Disponible en: <http://www.secogem.gob.mx/documentos/C/ISEM/MANUAL%20GENERAL%20ORGANIZACION%20ISEM.pdf> [12/09/2017]

Hernández Sampieri, Roberto *et al.* (2003), *Metodología de la investigación*, tercera edición, McGraw-Hill: México.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) y Conapo (Consejo Nacional de Población), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009: Panorama sociodemográfico de México: Principales resultados*. México: INEGI/Conapo.

_____ (2015), *Estadísticas de natalidad, mortalidad y nupcialidad*, Ciudad de México: INEGI. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/> [28/03/2017].

_____ (2016) *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares*, México: INEGI. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx> [21/12/2017].

INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) (2012), *Diagnóstico sobre embarazo adolescente en municipios del Estado de México*, Toluca: Inmujeres. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA14_DX_EMBAR_ADOLESC_12.pdf [28/05/2017].

_____ (2017), “Cartilla de derechos sexuales en adolescentes y jóvenes” en *Derechos sexuales para adolescentes y jóvenes*, México: INMUJERES.

Instituto Jalisciense de las Mujeres (2008), *Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género*, Guadalajara: Instituto Jalisciense de las Mujeres. Disponible en <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal04.pdf> [12/10/2017]

ISEM (Instituto de Salud del Estado de México) (2014), “Acerca del Hospital” en *Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”*, Toluca: ISEM. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/acerca.html [12/09/2017].

_____ (2017), *Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáenz”*, Toluca: Gobierno del Estado de México. Disponible en http://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/home.html [29/05/2017]

López Esquivel, Miguel Ángel, *et al* (2013),” Frecuencia de cesárea ante un parto pre término en Adolescentes”, en *Universitaria de Ciencias de la Salud*, núm. 1, vol. 3, enero-abril, pp.1-5, Guadalajara: Ciencia UG.

Mejía, Alma Azucena (08/09/2016), “El Mónica Pretelini incumple protocolos: codhem” en *Diario Nuestro Mundo*, Toluca: Nuestro Mundo On Line .Disponible en: <http://diarionuestromundo.com/noticias-locales-toluca/el-monica-pretelini-incumple-protocolos-codhem/> [12/06/2017]

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014), *Violencia contra la mujer*, Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/ [26/03/2017]

_____ (2015), *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*, Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf [06/06/2017]

_____ (2017), *Desarrollo en la adolescencia*, Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ [20/04/ 2017].

Plano informativo (2014), *Adolescentes empiezan su vida sexual entre los 10 y 15 años*, San Luis Potosí: Plano Informativo. Disponible en: <http://planoinformativo.com/nota/id/346771/noticia/-adolescentes-empiezan-su-vida-sexual-entre-los-10-y-15-anos.html> [19/04/2017]

Ramírez, Angélica y Leticia Hernández (2016), “La violencia obstétrica es común en México: expertas”, en diario *La Jornada* (23/06/2016), Ciudad de México: La Jornada.

Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/23/sociedad/038n1soc>
[28/03/2017]

SSA (Secretaría de Salud) (2006), *Marco normativo y jurídico del programa de salud sexual y reproductiva de los adolescentes*, Ciudad de México: SSA. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/marco-normativo-y-juridico-del-programa-de-salud-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes-cnegsr> [Consultado en: 04/04/2017]

SSA / Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2012), *La atención intercultural el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*, Ciudad de México: SSA. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Parteria/Mexico2008.pdf>
[11/06/2017]

SSA/ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2016), *Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*, México: SSA. Disponible en: <http://www.cnegsr.salud.gob.mx>. [12/12/2017]-

UNFAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2010), *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes*, Ciudad de México: UNFAP. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php [20/04/2017]

Varilla, Zaira (2013), *Frecuencia de complicaciones en el embarazo y parto de madres adolescentes atendidas en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini de Sáez, en la ciudad de Toluca, Estado de México en el periodo comprendido del 1 de julio al 30 de junio de 2012*, Toluca: UAEM.

Zamora Márquez, Anaiz (2013). “Violencia obstétrica, práctica común en el sector salud” en *Cimacnoticias: Periodismo con perspectiva de género* (27 de febrero). Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/62649> [26/03/2017].

Información solicitada vía SAIMEX (Sistema de Acceso a la Información Mexiquense):

SAIMEX folio 00132/ISEM/IP/2017. Disponible en:
<http://www.saimex.org.mx/saimex/acuse/acuRpt/179599/160/0.page> [08/05/2017].

SAIMEX folio 00133/ISEM/IP/2017. Disponible en:
<http://www.saimex.org.mx/saimex/acuse/acuRpt/179600/185/0.page> [29/05/2017].

|

13. ANEXOS

ANEXO 1: DECÁLOGO DE LA NO VIOLENCIA OBSTÉTRICA

ANVERSO



Trato digno en la atención
a mujeres en condición de embarazo,
parto, puerperio y/o
emergencias obstétricas

Hospital materno perinatal "Mónica Pretelini de Sáenz"

REVERSO

Política:

Todos y todas las integrantes del Hospital Materno perinatal "Mónica Pretelini de Sáenz" apoyan y promueven la prevención de la violencia obstétrica a través de las siguientes acciones:

- 1** No discriminar
- 2** Brindar atención oportuna y eficaz
- 3** No emitir ningún comentario que dañe la integridad física y emocional de las pacientes
- 4** Ante toda intervención médica o quirúrgica pedir consentimiento voluntario, expreso e informado por parte de las pacientes
- 5** No realizar procedimientos ginecológicos innecesarios
- 6** Proveer las condiciones óptimas para un parto digno
- 7** No emplear los cuerpos de las mujeres como instrumentos didácticos
- 8** No realizar acciones que dañen la dignidad, integridad o libertad de las mujeres
- 9** Brindar a las mujeres las condiciones necesarias para la toma de decisiones informada.
- 10** Acceso informado a métodos anticonceptivos

ANEXO 2: INFOGRAFÍA

PORTADA

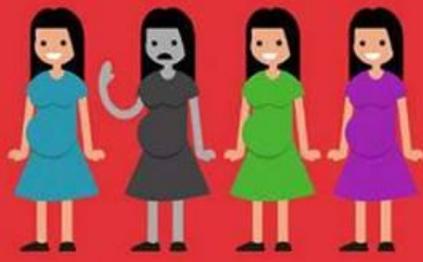


¿Sabes qué es la Violencia Obstétrica?

HOSPITAL

Es una violación a los Derechos Humanos de las Mujeres, que les impide tomar decisiones en relación a su cuerpo y sexualidad e impacta negativamente en sus vidas, porque implica tratos crueles, inhumanos o denigrantes.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares (INEGI, 2016) señala que, en el Estado de México, **una de cada cuatro mujeres** de entre 15 y 49 años, será víctima de malos tratos durante el parto.



¿Quiénes la cometen?



¡Cuidado! Este tipo de violencia puede ocurrir en cuatro momentos clave:

- Durante el embarazo
- En proceso de parto
- En periodo de cuarentena
- En emergencias obstétricas.

Desde el año 2009, se emitió la **Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia del Estado de México**, que salvaguarda el derecho de todas las mujeres a ser tratadas sin violencia y sin discriminación.

Esta ley señala que la violencia obstétrica es un delito y merece ser sancionada.



INTERIOR 2

Darse cuenta de que sufres violencia a veces resulta difícil, por eso aquí está una escala para que puedas detectarla.

Pregunta si tienes dudas, tienes derecho a decidir sin presiones o amenazas



*Que provoquen daño a la dignidad, integridad y libertad de las mujeres.
**Sin tu consentimiento voluntario, expreso e informado.

Tú decides...

...Si se realiza algún procedimiento o no, una vez que te den toda la información que necesites saber para elegir lo mejor para ti. Muchas veces, las mujeres piensan que es normal recibir tratos crueles, inhumanos y denigrantes cuando necesitan atención médica y no lo hablan, prefieren callar y olvidarse de lo sucedido, otras tantas piensan que ese es el "precio" que hay que pagar por ser madres.

NADIE tiene derecho a maltratarte ni física, ni psicológicamente.

¿Qué debes hacer?

Primero, estar bien informada, recuerda que si no conoces tus derechos difícilmente podrás exigir que se respeten. En segundo lugar, saber que tienes derecho a recibir atención digna más allá de tu edad y tu condición de embarazo; y en tercer lugar, tener presente que la violencia gineco obstétrica puede ser denunciada y sancionada.



¿Has sufrido violencia Gineco-Obstétrica? Acude a:

Centro de Justicia para las Mujeres

Paseo Matlazincas 1100, Col. La Teresona,
C.P. 50040, Toluca, EDOMEX.

Atención: lunes a domingo, las 24 horas.
Tel. (01722) 283 19 99 y (01722) 283 20 07

Fiscalía Central para la Atención de Delitos Vinculados a la Violencia de Género

Av. Morelos Ote. 1300, 3er piso, Col. San Sebastián,
C.P. 50090, Toluca, EDOMEX.

Atención: lunes a viernes de 9:00 a 19:00 HRS.
Tel. (01722) 226 16 00 ext. 3917 y 3889.

Si necesitas Apoyo Legal,
te lo pueden brindar sin costo alguno en:

Instituto de la Defensoría Pública

Calle México 604, 3er piso, Col. Las Américas, C.P. 50130, Tel. (01722) 280 44 84.

RECUERDA, ES TU OBLIGACIÓN EXIGIR
QUE SE CUMPLAN TUS DERECHOS,
AL HACERLO DEFIENDES TU VIDA Y LA DE TU BEBÉ.

