



Estudio del conflicto obstétrico a partir del análisis de su patrón morfológico: aplicación de la técnica CAT

Iglesias Ortuño, Emilia de los Ángeles

Estudio del conflicto obstétrico a partir del análisis de su patrón morfológico: aplicación de la técnica CAT

CIENCIA *ergo-sum*, vol. 31, 2024 | e217

Ciencias Sociales

Universidad Autónoma del Estado de México, México

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.



Iglesias Ortuño, E. de los Á. (2023). Estudio del conflicto obstétrico a partir del análisis de su patrón morfológico: aplicación de la técnica CAT. *CIENCIA ergo-sum*, 31. <http://doi.org/10.30878/ces.v31n0a2>

Estudio del conflicto obstétrico a partir del análisis de su patrón morfológico: aplicación de la técnica CAT

Obstetric conflict study from analysis of its morphological pattern: application of CAT technique

Emilia de los Ángeles Iglesias Ortuño

Universidad de Murcia, España

ea.iglesiasortuno@um.es

 <http://orcid.org/0000-0002-1033-4907>

Recepción: 25 de abril de 2022

Aprobación: 26 de agosto de 2022

RESUMEN

La violencia obstétrica es una problemática constatada a partir de los principales estudios vigentes en materia de salud reproductiva. En este contexto, se identifican los componentes que determinan la causalidad y alcance del conflicto en el seno de las instituciones de salud mexicanas. La metodología propia del instrumento CAT (Conflict Analysis Typology) determina el patrón *poder* como el más significativo, consistente en el control institucional y la sumisión materna. Además, se relaciona con la inhibición y legitimación que sostienen las dinámicas relacionales con base en atribución de significados gnoseológicos al rol sanitario y desconocedores al rol paciente. Se concluye que los significados institucionales pueden transformarse desde la consideración de la mujer como sujeto activo, posición determinante para su bienestar obstétrico.

PALABRAS CLAVE: CAT, violencia obstétrica, sistema de salud mexicano, conflicto institucional, bienestar reproductivo.

ABSTRACT

Obstetric violence is a social problem verified from current studies on reproductive health. This work aims to identify the components that determine the causality and scope of this conflict within Mexican health institutions. The methodology of the CAT (Conflict Analysis Typology) tool determines the power pattern as most significant, consisting of institutional control and maternal submission. This main pattern is related to those of inhibition and legitimation, which support the relationship dynamics based on the attribution of meanings of gnosis to the healthcare role and ignorance to the patient role. It is concluded that the institutional meanings can be transformed from the consideration of women as active subjects, which will be decisive in their obstetric well-being.

KEYWORDS: conflict analysis typology (CAT), obstetric violence, mexican health system, institutional conflict, reproductive wellness.

INTRODUCCIÓN

Los conflictos aparecen como una constante en la historia de la humanidad. El conflicto surge, según Vinyamata Camp (2015: 11), “derivado de cualquier situación o circunstancia en la que se producen relaciones sociales o entre personas, se establecen reacciones de cooperación y armonía o situaciones de conflicto”. El conflicto, como objeto de estudio, es definido como:

Disputa que surge cuando hay uno o varios objetivos incompatibles mutuamente excluyentes entre dos o más actores, ya sean individuos, grupos o Estados. Cuanto más básicos son los intereses en conflicto, mayor es la frustración que puede conducir a la agresión que puede ir desde una actitud de odio hasta el empleo de la violencia hacia los actores que obstaculizan la consecución de ese o esos intereses (Hueso García, 2000: 127).

Las interacciones sociales, en sus distintos niveles de complejidad (micro, meso, macro) son las generadoras de situaciones de conflicto. Agrega Hueso García (2000: 131) que “los conflictos son fruto de la propia interacción

*AUTORA PARA CORRESPONDENCIA

ea.iglesiasortuno@um.es

social ya que se originan cuando aparecen intereses incompatibles entre los diferentes actores”. La idiosincrasia de las relaciones sociales, las características poblacionales, la cultura y la diversidad establecen una realidad social cada vez más compleja propensa al aumento en la incidencia de conflictos sociales y al de su diversidad tipológica, una comprensión pormenorizada de cada tipología para comprender dichas particularidades y tratar de hallar un proceso de gestión y transformación eficaz. En este sentido, afirma Gonnet (2018: 116) que “su mayor presencia en la sociedad moderna es un indicio de que el aumento de la complejidad social ocasiona, por un lado, el aumento de las probabilidades del conflicto y, por el otro, la extensión del sistema de inmunidad”, lo que implica una creciente sensibilidad hacia las perturbaciones y un aumento de inestabilidades.

Si bien en la actualidad los conflictos sociales son notorios, diversos y particulares (en acompañamiento de la diversidad y las particularidades sociales actuales), también ha tenido presencia en el desarrollo de la humanidad como fenómeno para la superación de necesidades sociales hacia la conquista de derechos humanos. La evolución de los derechos humanos, como elementos garantes del desarrollo de las libertades civiles, sociales, políticas, culturales y económicas de las personas, ha dejado patente el progreso de las demandas sociales. Siguiendo a Cabello Tijerina *et al.* (2016), la Primera Generación de Derechos Humanos tenía como objetivo la sistematización de derechos civiles y políticos para la consecución de la libertad social; siguió la Segunda Generación que estaba dirigida a la sistematización de derechos económicos, sociales y culturales para la igualdad social efectiva; más adelante, la Tercera Generación ya tiene el objetivo la justicia social, la promoción de la paz y la solidaridad en colectividad para promover la solidaridad y relaciones pacíficas. La Cuarta Generación refiere a los aspectos derivados de las nuevas tecnologías y el acceso a la información digital con objetivo en la protección e identidad, generación en expansión con la quinta y sexta ola referida a la inteligencia artificial (robótica) y el ideario de género e identidad de género o sexual no normativa. Cada una de estas generaciones de derechos conquistados representa la superación de una situación de necesidad social para la que se articuló un engranaje de normas, estrategias, acciones y modelos con el fin de garantizar el desarrollo social y el bienestar.

Estas situaciones de necesidad han representado, y en la actualidad representan, problemáticas o situaciones de conflicto interpersonal, intergrupala o con instancias gubernamentales o de índole política donde intereses, objetivos o metas se han percibido como incompatibles, discordancias para las que se ha requerido una transformación de la estructura social en sus diversas dimensiones. En este sentido,

en algunas etapas de la historia [los conflictos] fueron la fuerza motriz que contribuyeron a generar verdaderos cambios en provecho del hombre, pero en otras, trascendiéndose a sí mismos y convirtiéndose en violencia (meta-conflicto) condujeron hacia la deshumanización absoluta. Esto refiere a los procesos de transformación de esos conflictos que, si bien lograron la conquista de derechos sociales, presenciaron de forma paralela la generación y expansión de fenómenos violentos como estrategia de motivación para dicha conquista (Calderón Concha, 2009: 61).

Si bien *conflicto* y *violencia* no son sinónimos, la violencia se ha manifestado de forma paralela a los fenómenos conflictivos como reflejo de la cultura de la violencia, donde la gestión del conflicto se ha basado en estrategias de competición o aniquilación del contrario. Los sistemas de conflicto tienen carácter expansivo.

Esto es potencialmente peligroso para el sistema social al interior del cual se forman. Todo es interpretado en términos de contradicción con los objetivos propios. Cuando el conflicto comienza a generalizarse como expectativa, cualquier conducta puede ser vista como asociada al conflicto. Es decir, el conflicto es expansivo en tanto puede dar lugar a una dinámica de apropiación de todo tipo de elementos y recursos del sistema para reproducirse (Gonnet, 2018: 118).

El conflicto escala y vincula cada vez a más elementos (estructurales, políticos, estratégicos, dinámicos, relacionales, culturales o afectivos) que propician una mayor afectación en el entramado social y, por lo tanto, mayores consecuencias negativas o tensiones para el *statu quo*. Apunta Galtung (1995) que cuando el conflicto no es capaz de solucionarse, o al menos de transformarse, es más proclive a que genere violencia. La violencia directa

es la violencia manifiesta, “es el aspecto más evidente de ésta (física, verbal o psicológica), mientras la violencia estructural se trata de la violencia menos perceptible e intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo” (Calderón Concha, 2009: 75). La violencia cultural son aspectos culturales o simbólicos de la experiencia social que pueden utilizarse para justificar la violencia directa o estructural.

Explica Rozenblum de Horowitz (2007: 119) que “cuando la violencia se desata como consecuencia de un conflicto, la tarea principal es detenerla porque la violencia es destructiva, y porque su aparición siempre implica una escalada y la complicación del conflicto”. Con respecto a la cultura violenta:

Cuando la violencia se desata como consecuencia de un conflicto, la tarea principal es pararla porque la violencia es perversa en sí misma y porque cuando ésta aparece, hace que el conflicto sea más difícil de manejar y, consecuentemente, de encontrar vías de solución (Hueso García, 2000: 137).

Las culturas violentas y las estructuras violentas poseen una idiosincrasia donde el modelo de confrontación es el legitimado para la gestión del conflicto, pero puesto que se trata de un componente cultural con base en imaginarios relacionales podría oscilar a un imaginario colaborativo en modelos culturales compositivos.

Acerca del elemento *poder*, Vezzetti (2010: 5) afirma que “las acciones institucionales, entre ellas incluidas las sanitarias, no son neutras. En ellas surgen y se reproducen (de patrones sociales estructurales) relaciones y enfrentamientos de poder, político, económico, de saberes”. En la actualidad, “la relación que se presenta entre los profesionales de la salud y la mujer embarazada se brinda de manera jerárquica, disminuyendo con ello su autonomía para el desarrollo de un parto participativo” (Nieto González *et al.*, 2011: 6). A raíz de estas aportaciones se puede extraer la idea del poder como elemento transversal en las instituciones sanitarias como generador de jerarquías estratégicas y operativas legitimadas, en muchos casos, por la denominación o el rol que juega cada participante en esta institución. En este sentido, Camacaro Cuevas (2013: 187) indica que “el abuso de poder sanitario, generador de la violencia en el proceso de parto, puede estar presente tanto en lo privado como en lo público porque la obstetricia se sustenta en una lógica de intrusión médica concebida desde un paradigma bio-médico-tecnocrático”. Más específicamente, especialistas en el tema de la violencia obstétrica en México, como Almaguer González *et al.* (2010), la consideran un fenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del orden social de género. Esta trascendencia hacia los sistemas globales incide en la normalización de los patrones de relación violentos y la cultura de la violencia.

Para comprender el impacto, el arraigo o la gravedad de un conflicto es primordial identificar las manifestaciones violentas que surgen de forma simultánea, así como su incidencia dimensional hacia las estructuras sociales. Por ende, la comprensión del conflicto, para acotar el fenómeno violencia, parece esencial para evitar la malignización del mismo. Concluye Rozenblum de Horowitz (2007: 121) que “la forma de modificar positivamente una situación de conflicto es trascender el conflicto. Transformar su origen, sus raíces, las actitudes, y trascender con una solución o salida más creativa proyectando un futuro constructivo y positivo”.

1. ESCENARIO DEL CONFLICTO OBSTÉTRICO

La salud, como componente fundamental para el desarrollo humano, es reconocido desde 1948 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas como un conjunto de necesidades satisfechas en torno a aspectos físicos, mentales y sociales que generan el bienestar pleno de las personas y grupos sociales. Este reconocimiento conceptual, además, reconoce a la salud y a sus esferas (física, mental y social) como un derecho inalienable por lo que requerirá a los Estados a la procuración, gestión y coordinación de servicios de atención primaria y especializada para la satisfacción de necesidades de salud.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se detalla que “toda persona tiene derecho a un nivel de

vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesario” (ONU, 1948, art. 25, inciso 1). En específico, y a propósito del tema de estudio de este artículo, se destaca el segundo inciso, en el que se explica que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales” (ONU, 1948, inciso 2). Así pues, a partir de esta declaración, el proceso de maternidad en todas sus fases se erige como elemento de interés sistémico e internacional, esencial, para garantizar el bienestar reproductivo. En este sentido, explican Lete y Martínez-Etayo (2004: 179) que “la necesidad de respetar los Derechos Humanos de la población hace que el concepto de salud reproductiva, entendido como el hecho de llevar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente el tamaño de familia que se desea, sobrepase la planificación familiar para abordar conceptos como la fecundidad, los embarazos no deseados, las técnicas de reproducción asistida y otros”. Esta definición deja entrever que el bienestar reproductivo no obedece únicamente a los momentos de embarazo o parto, sino que comprende las etapas de desarrollo sexual, de planificación, la interrupción del embarazo, la anticoncepción y el afrontamiento de enfermedades reproductivas como el síndrome de ovario poliquístico o la endometriosis, y en todas estas etapas debe garantizarse el bienestar y la salud integral de la mujer.

La temática respecto al bienestar reproductivo ha tenido una especial transcendencia en América Latina con un enfoque dirigido a los riesgos para la salud que experimenta la madre como consecuencia, sobre todo, de la maternidad temprana y la dificultad de acceso a instituciones de salud. Por ello, la salud reproductiva es un elemento de gran interés para las instituciones de promoción de la salud en México.

La salud sexual reproductiva implica el logro del pleno ejercicio de los derechos y el disfrute de un estado de bienestar tanto en el aspecto físico como en el psíquico y de las relaciones interpersonales, así pues, la salud sexual reproductiva pasa a engrosar el repertorio de temas de desarrollo humano y social (Oddone, 1999: 38).

A pesar de esta idea contundente, la realidad mexicana, que se abordará más profundidad, muestra un escenario sanitario que pone en entredicho las garantías básicas para considerar el trato hacia la mujer como uno que favorezca su desarrollo reproductivo de forma satisfactoria, por lo que se podría decir que la salud reproductiva es un elemento frágil en el conjunto de prestaciones de los sistemas de salud en México. Con relación a la fragilidad de los procesos de salud reproductiva, Almaguer González *et al.* (2010: 5) afirman que “la violencia sobre la salud reproductiva tiene relación con un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales de la salud dando predominio al cuerpo y los elementos biológicos, hecho que es inseparable de la violencia de género”.

El Programa Nacional de Salud (2007-2012) plantea estrategias de mejora para el desarrollo de la capacitación y sensibilización de las estrategias de salud sexual y reproductiva, en particular en “aspectos relacionados con la prevención de infecciones de transmisión sexual, atención- detección temprana de enfermedad de cáncer mamario o uterino, trato digno hacia la diversidad cultural y la reducción de la mortalidad materna durante el embarazo y parto” (Secretaría de Salud, 2007: 69-70). Se deduce que las estrategias de control y seguimiento prenatal, junto con los protocolos de atención al parto humanizado, sientan las bases para la procuración de apoyo médico y psicológico a la mujer embarazada, en situación de parto y puerperio. No obstante, el proceso de parto conlleva un alto grado de incertidumbre, pues la evolución del proceso no es exacta y depende de múltiples factores como las morbilidades previas (preclamsia, obesidad, diabetes gestacional), hormonales (niveles de oxitocina o adrenalina), lo cual requiere tomar decisiones controladas con base biológica para la protección de la salud de la madre y el bebé.

1. 1. ATENCIÓN AL PARTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

En torno a la atención al parto, la OMS (Organización Mundial de la Salud) propone una *atención al parto integral* que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, no solamente su cuidado biológico, sino que reconozca sus particularidades culturales y el fomento de la toma de decisiones de las mujeres en el proceso desde el máximo respeto a su intimidad y dignidad.

La deshumanización que ha experimentado la medicina se entiende como

producto del olvido de la subjetividad del paciente, presenta la cosificación del paciente, falta de calor en la relación humana, la ausencia de un verdadero encuentro entre los hábitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial y la violación de sus derechos (Donoso-Sabando, 2014: 188).

En la atención de la salud es fundamental garantizar los derechos de los pacientes mediante la satisfacción de sus demandas y el respeto a su dignidad, autonomía y confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente. La atención del profesional de la salud a la mujer embarazada “debe de conllevar a un trabajo de parto participativo, con respeto, trato amable, informando las actividades y cuidados a realizar, en un ambiente agradable, seguro e íntimo” (Martínez *et al.*, 2015: 97). En este sentido, y en relación con el respeto personal, las directrices de la OMS reconocen una *experiencia de parto positiva* como algo transcendental para la mujer que incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, contar con apoyo continuo y acompañamiento con base en la premisa del logro personal y control a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando se requieren o desean intervenciones médicas (OMS, 2018).

El enfoque del parto *humanizado* que propone la SSA tiene como base la concepción de la mujer gestante como sujeto activo y consciente durante el embarazo, parto y puerperio, con capacidad de decidir y de consentir de forma informada, al igual que el derecho a ser tratada en instituciones de salud que garanticen dicha autodeterminación y preserven su integridad corporal y su dignidad humana. Este enfoque se enlaza con el reconocimiento de las mujeres como derechohabientes de atención médica de calidad, con fundamentos científicos y condiciones de seguridad, coordinación, continuidad y excelencia sanitaria (SSA, 2016).

El DOF (2016) recoge en su apartado “5.2 Atención del embarazo” la determinación de que durante el embarazo las actividades que se realicen deben generar una *historia clínica* de la mujer, la cual contenga información sobre sus datos personales, los antecedentes patológicos (familiares y personales), el cálculo de la edad gestacional y de los factores de riesgo (relacionados con obesidad, diabetes o hipertensión), además de una exploración física y el control biométrico pertinente. Según esta norma, en los establecimientos para la atención médica se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar de manera oportuna el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

En el caso de no cumplirse dichas premisas se estaría incurriendo en un hecho de *violencia obstetra*, determinado en la ENDIREH-16 como hecho frecuente en las mujeres que han dado a luz en los últimos años, el cual se caracteriza por una sobreinstrumentalización de la intervención y por ser el elemento más relevante el ejercicio de poder y autoridad por el personal sanitario y la omisión del derecho a la autodeterminación, participación activa y toma de decisiones de la madre.

1. 2. INCIDENCIA DEL CONFLICTO OBSTÉTRICO EN MÉXICO

La CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos) de México crea en 2014, a través de la Secretaría de Gobernación, el *Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018*, el cual establece que se deben fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo la violencia obstétrica (DOF, 2014).

La ENDIREH 2016 (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) es un documento con periodicidad quinquenal que muestra los resultados derivados de investigar las dinámicas de las relaciones de pareja en los hogares, así como las experiencias de las mujeres en la escuela, el trabajo y la comunidad con distintos tipos de violencia. Han sido diversas fuentes^[1] estadísticas en las últimas décadas las que han referido

al panorama de violencias contra la mujer en México, con marcada incidencia en el seno familiar o de pareja, y que atribuyen acciones violentas a las dinámicas interpersonales-relacionales.

Los datos que recoge esta encuesta realizada por INEGI (2017: 44) muestran que

de un universo de 32.8 millones de mujeres mexicanas mayores de 15 años, el 26.7% (8.7 millones) tuvo un parto en el último quinquenio (de 2011 a 2016), de las cuales el 33.4% reportó que sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto contabilizándose en 2.9 millones de mujeres mayores de 15 años.

Además, en cuanto a prevalencia e incidencia de la problemática a nivel nacional, la encuesta realizada por INEGI (2017: 45) revela que

la prevalencia nacional de maltrato durante el parto, puerperio o lactancia representa en México a 3 de cada 10 mujeres, siendo los Estados con mayor incidencia Coahuila de Zaragoza, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Ciudad de México, Querétaro Yucatán y Morelos, donde esta prevalencia en los últimos cinco años alcanza a 4 de cada 10 mujeres.

La encuesta también recoge las diferentes situaciones en las que las mujeres refieren haber recibido maltrato hacia su persona y los distribuyen en ocho situaciones. El 11.2% (más de 325 000) de las mujeres encuestadas manifiesta que les gritaron o regañaron durante el parto. La ENDIREH-16 muestra que el 10.3% (más de 290 000) de las mujeres encuestadas declara que se tardaron mucho tiempo en darles atención porque les dijeron que gritaban o se quejaban mucho. El 9.9% (287 000) de las mujeres encuestadas refiere que se ha sentido ignorado cuando solicitaba información sobre el proceso de parto o la salud de su bebé (INEGI, 2017: 46). El 9.2% de las mujeres encuestadas (más de 266 000) reconoce que se le obligó a permanecer en una posición incómoda o molesta y que se le presionó para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos; adicionalmente, el 7% (200 000) menciona actos de humillación o insultos hacia su persona. El 4.8% de las mujeres encuestadas (casi 140 000) precisa que el personal de salud le negó la anestesia o la aplicación de bloqueo para disminuir el dolor sin darle explicaciones y al 4.2% (más de 120 000) se le colocó algún método anticonceptivo u operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle (INEGI, 2017).

2. MÉTODO: APLICACIÓN DE LA TÉCNICA CONFLICT ANALYSIS TYPOLOGY

El conflicto, habitualmente entendido como malentendido o falta de consonancia entre los implicados, tiene causantes muy diversas de las que dependerán las consecuencias y la incidencia o impacto social. En este sentido, incorpora Vinyamata Camp (2015: 17) que “no siempre los conflictos tienen como origen un problema comunicativo sino que sus causas pueden ser muy diversas”. Calderón Concha (2009: 61) expone que existe la necesidad de “conocer los conflictos en su complejidad práctica, en sus lógicas internas y externas, para poder finalmente teorizarlos y sistematizarlos para devolverlos a la realidad en forma de modelos y conceptos accesibles y manejables por la racionalidad humana”.

Se ha tratado de comprender los conflictos a partir de la causalidad [...] el gran problema de esta perspectiva es qué causas y efectos tienden a establecer una cadena sin fin: cada efecto es, a su vez, causa a otro nivel. Esta cadena de eventos puede dibujar patrones que, de ser identificados y comprobados, estarían mostrando modelos de comportamiento y sinergia de los diferentes componentes de un conflicto (Redorta, 2014: 314).

En el estudio de los conflictos se identifica que estos no siguen forzosamente la lógica establecida —en su desarrollo están presentes muchos más elementos que los intereses económicos y la identidad nacional o social—, sino que también interviene la estructura del pensamiento, la percepción de la vida y de la misma realidad y las emociones humanas. Solo existe lo que se piensa; sin embargo, la existencia de la realidad es mucho mayor que su descripción. Con ello, la manera que tendremos de imaginar la realidad también influirá decididamente en la comprensión de los conflictos y sus soluciones.

El objetivo de este artículo es identificar los componentes del conflicto obstétrico que dan lugar a las situaciones de violencia obstétrica y que, además, determinan la causalidad y consecuencias del conflicto en el seno de las instituciones de salud mexicanas. Por consiguiente, para la comprensión del binomio causa-consecuencia de un conflicto social es interesante estudiarlo desde un enfoque múltiple (relacional, estructural, emocional, ejecutorio) mediante la identificación de patrones generales en situaciones similares que permitan establecer rasgos identitarios del conflicto objeto de estudio. La técnica CAT es definida por su creador como “una estrategia que comprende el aislamiento de un total de 16 patrones básicos de conflicto” (Redorta, 2014: 316). Para los propósitos de este artículo, desde una óptica particular, en la tabla 1 se presentan los patrones con el fin de comprender cada elemento y después estudiar su presencia o vinculación con el conflicto obstétrico.

TABLA 1
Descripción particular de los patrones de conflicto

Patrón	Explicación
Recursos escasos	Disputa por una cantidad insuficiente de recursos para todos: necesidad de obtener algo, percepción del recurso como escaso, reparto justo o injusto
Poder	Disputa porque alguno de los dos quiere mandar, dirigir o controlar al otro: estatus importante, desconfianza en el otro, símbolos muy influyentes, obtener obediencia es muy importante
Autoestima	Disputa por orgullo personal herido: se ataca la imagen de la otra persona/entidad, envidias, rechazo a la otra persona, reconoce a la otra persona como incompetente
Valores	Disputa por valores o creencias fundamentales en juego: refiere contundencia en sus creencias, la ética es muy importante, sesgos personales en los puntos de vista sobre la verdad, la belleza, la cultura propia se percibe mejor que la ajena
Estructural	Disputa por un problema cuya solución requiere largo tiempo: esfuerzo importante de muchos medios más allá de las posibilidades personales, desacuerdos en la estructura social, se ven afectados varios estratos sociales, problema enquistado en el tiempo, requiere grandes cambios costosos para la transformación social
Identidad	Disputa por la percepción personal o propia del problema: afecta de forma particular a la identidad, modas, modelos o personajes líderes, ser genuino y original, imagen pública
Normativo	Disputa por un incumplimiento de una norma social o legal: ponerse de acuerdo en la norma a seguir (consentimiento), se ignora la ley
Expectativas	Disputa por un incumplimiento de lo que se esperaba obtener de la otra persona: incumplimiento de un rol específico, genera frustración, es importante la motivación al logro, se esperaba algo concreto en un futuro incierto con probabilidades estimadas altas de que suceda lo deseado
Inequidad	Disputa por una percepción de injusticia o intención de perjuicio: diferenciación, exclusión, limitación de minorías, tendencia al igualitarismo
Inadaptación	Disputa por la tensión que produce tener que cambiar las cosas: situaciones de estrés, socialización inadecuada, forzar cambios en la otra persona
Información	Disputa por algo que se dijo o no se dijo o que se entendió de forma distinta: malos entendidos, sesgos de información, error en los significados, ocultación de información, exceso de información con intención de confundir, mensajes poco claros, información contradictoria, mensaje verbal y no verbal incongruente
Intereses	Disputa por intereses o deseos abiertamente contrapuestos a los del otro: necesidad de negociación, las partes dependen unas de las otras, se intenta influir en la otra persona
Atributivo	Disputa por culpar al otro de la situación y no asumir la propia responsabilidad: expectativas truncadas, valora negativamente las intenciones del otro, responsabilidad importante, determinación de la culpa relevante
Relaciones personales	Disputa habitual por no entender la forma de ser de la otra persona: falta de empatía, desconfianza profunda, cambiar los interlocutores facilitaría el proceso de gestión de conflicto
Inhibición	Disputa por considerar responsabilidad de la otra persona encontrar una solución a la problemática, responsabilidad legítima, evitación, miedo al fracaso, costes superiores a los beneficios
Legitimación	Disputa por considerar que la otra persona no está autorizada a actuar como lo hace o pretende hacerlo: ausencia de normas, no se acepta autoridad externa, percepción de injusticia, las cosas no son “como debieran ser”.

Fuente: elaboración propia a partir de Redorta (2004).

A partir del análisis de cada uno de los patrones del conflicto que integran la herramienta CAT (Redorta, 2004), es posible definir las características particulares del conflicto estudiado. Afirma Ayala Peñaranda (2013: 84) que “el patrón del conflicto manifiesta que éstos, algunas veces, toman un curso semejante, lo que permite incluso con la experiencia, poder llegar a pensar cuál o cómo será su desarrollo”. En este sentido,

los conflictos siguen pautas de comportamiento, así, acercarnos a un conflicto conociendo los patrones que sigue nos permite saber mucho de lo que está sucediendo, nos permite establecer figuras de aproximación pues [...] la forma de un conflicto es el patrón que sigue (Redorta, 2014: 314)

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El perfil o morfología del conflicto refiere, según Redorta (2014: 320) al “análisis de aquellos elementos que afectan en mayor manera a la posible evolución del conflicto y que determinan las características, componentes y particularidades relacionales del conflicto y sus implicados”. En la tabla 2 se muestra una valoración particular, con base epistemológica y teórica de los estudios recientes en materia de violencia obstétrica realizados en México desde la Academia y de los estudios de población realizados por el INEGI.

TABLA 2
Elementos del conflicto aplicando la técnica CAT

Patrón	Presencia en el conflicto obstétrico (escala Likert 1-10)	Justificación
Recursos escasos	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Poder	10	Los roles implicados en el proceso obstetra interactúan con base en una relación de poder asimétrica donde el personal sanitario es considerado como un experto capaz y la mujer gestante como una enferma incapaz. De esta dinámica de poder derivan procesos de dominación-sumisión y deshumanización
Autoestima	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Valores	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Estructural	8	La procuración de recursos para garantizar el bienestar reproductivo depende, en gran medida, de las instituciones sanitarias que, según las referencias, no cumplen determinados estándares de calidad o incurren en situaciones de falta de coordinación, diligencia y trato humanizado. Esta situación afecta a todos los roles implicados, pues complica la praxis médica e incomoda al paciente. Las instituciones de salud deben incorporar procedimientos sólidos para la atención obstetra con enfoque en derechos humanos (es una institución garante del derecho reproductivo), con atención a la diversidad, así como favorecer la participación activa de los actores implicados (autodeterminación materna)
Identidad	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Normativo	7	Existe un marco normativo-regulador internacional, nacional y local que reconoce el bienestar reproductivo y determina las acciones que lo vulneran y generan violencia obstetra. No obstante, las cifras estudiadas ponen de manifiesto que la normativa se incumple al amparo de una logística médica que aporta control a la incertidumbre propia del proceso obstetra
Expectativas	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Inequidad	6	El estudio de la violencia obstetra destaca como situación de particular vulnerabilidad el trato médico ofrecido en casos donde la paciente pertenece a una etnia o colectivo minoritario. La vulnerabilidad surge pues cuando los procedimientos estandarizados no incorporan la visión plural de las simbologías o las estrategias de afrontamiento al parto de los grupos culturales minoritarios y se fuerza a la mujer a seguir patrones tal vez desconocidos o contrarios a los habituales en su entorno.

TABLA 2 (continúa)
Elementos del conflicto aplicando la técnica CAT

Patrón	Presencia en el conflicto obstétrico (escala Likert 1-10)	Justificación
Inadaptación	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Información	9	El consentimiento informado es un elemento que garantiza que la mujer gestante comprende y es consciente de la situación médica que está experimentando. En procesos de parto, le explican el camino que está tomando su proceso particular y los requerimientos médicos que puede necesitar. No obstante, las estadísticas muestran una clara invalidación de este consentimiento o la usurpación de la responsabilidad de la mujer cuando su consentimiento es sustituido por el de su pareja o familiar masculino de referencia. Esta transmisión inadecuada de la información se traduce por la privación de la mujer de su autodeterminación en el proceso de parto y para la generación de su propio bienestar obstetra.
Intereses	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Atributivo	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Relaciones personales	0	No se identifica como elemento determinante en este conflicto
Inhibición	4	Los procesos de salud-enfermedad son definidos por la praxis médica, perfil socialmente legitimado para ello. Por lo tanto, la procuración de salud se confiere a las instituciones sanitarias y la población queda eximida de responsabilidades. Esto conduce a negligencias personales así como a una dependencia extraordinaria de las instituciones de salud como únicas capaces de garantizar el bienestar sanitario.
Legitimación	5	En el sentido contrario al patrón de “inhibición”, en este caso la praxis médica se sostiene en una base de reconocimiento social donde la experiencia o dominio del rol profesional sanitario legitima la actuación profesional sin cuestionar aspectos que, incluso, puedan estar fuera de sus competencias.

Fuente: elaboración propia a partir de Ayala Peñaranda (2013) y Redorta (2004, 2014).

Nota: se recomienda otorgar una puntuación valorativa en una escala tipo Likert de 1 a 10, donde 1 = la menor valoración (en desacuerdo) y 10 = la máxima valoración (totalmente de acuerdo). Se trata de una estrategia subjetiva por parte de la persona que observa el conflicto.

Los resultados obtenidos del análisis conceptual de cada uno de los patrones de la herramienta CAT sobre el conflicto obstétrico muestran un patrón de conflicto sustentado en los elementos de inhibición y legitimación (en combinación de roles), inequidad, normatividad, estructura, información y poder.

a) Inhibición y legitimación

Los patrones *inhibición* y *legitimación* están estrechamente relacionados con la ejecución de un conjunto de funciones específicas atribuidas de forma normativa o subjetiva a un rol. En el caso del conflicto obstétrico, los roles intervinientes son el rol profesional sanitario y el rol paciente, ambos imaginarios en ocasiones antagónicos.

La representación social de los(as) profesionales de la salud, con base en el dominio científico, dibuja un perfil confiable que controla el espacio clínico y a quien se legitima la praxis. Así, Villanueva (2010: 22) indica que “la praxis médica impone a la paciente y a sus familiares la ignorancia y un silencio forzoso como elementos necesarios e imprescindibles para el cumplimiento del objetivo técnico”.

Para comprender la relevancia del patrón *inhibición* se recurre a la simbología del rol *paciente* en la sociedad mexicana. La simbología que se genera en los pacientes por el personal médico, *asumida* en la mayoría de casos por los propios pacientes, engloba aspectos de desconocimiento, falta de capacidad e incluso negligencia en los procesos de salud-enfermedad que serán, en gran medida, causantes de sus procesos de enfermedad.

Parecen incapaces de gestionar sus procesos de salud, por lo que están obligados a adaptarse a la idiosincrasia de las supraestructuras institucionales para garantizar una intervención adecuada. Esto justifica el control sanitario manifestado, en muchas ocasiones, como una sobremanipulación o sobreintervención sobre el paciente.

En lo que concierne al patrón *legitimidad*, teniendo presente su vulnerabilidad dada por la incertidumbre junto con el deseo de que el bebé no presente complicaciones que se puedan traducir en anomalías o secuelas biopsicológicas, la mujer en proceso de parto –el cual no se acoge a reglas concretas, sino que cada corporalidad desarrolla su proceso– recurre a lo que va a considerar como el mejor abordaje para su situación: en la mayoría de los casos es lo que determina el equipo médico incluso cuando no coincida con su propio criterio o deseo. Esta circunstancia se agudiza cuando la mujer es de una cultura o etnia particular (indígena en México) y se estigmatiza su imagen hasta el punto de cuestionar, no legitimar y desacreditar ideas propias de los procesos obstétricos propios de su cultura, siendo el más destacado el proceso de parto en posición vertical. En concreto, esta cuestión de discriminación cultural se aborda en diversos protocolos para la gestión del proceso de parto desarrollados por el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) o la SSA (Secretaría de Salud) a nivel estatal y federal (los más recientes en 2018), pero cuyos resultados pueden vincularse más a la prevención de la muerte materna que a lograr indicadores de un trato digno o humanizado durante el parto.

b) Inequidad

Con relación a la inequidad como elemento de la estructura social:

La cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad que ha sido entendida de diferentes maneras en el campo de la salud pública. Concretamente en su práctica es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar (Duque-Páramo, 2007: 127).

En especial, las inequidades en salud se explican, como afirman Fernández y Oviedo (2010: 23), por la “existencia de distintas barreras para acceder a una atención de salud oportuna y de calidad. Tales barreras se relacionan tanto con características del sistema de salud de cada país como por factores asociados a los pacientes y a sus familias”. Estas desigualdades se determinan teniendo en cuenta indicadores de salud en relación con variables que representan factores individuales o familiares y otras variables que ponen de manifiesto características de los sistemas de salud.

El patrón *inequidad* en el conflicto obstétrico refiere a las situaciones de desequilibrio o falta de proximidad en la presencia, implicación o autodeterminación de las partes implicadas en las situaciones relacionales que derivan en conflicto. Anteriormente, se mencionaba la especial vulnerabilidad de la mujer durante su proceso de parto, lo cual era determinante para separar las posturas de los perfiles intervinientes en el conflicto, hecho que se traduce como un desequilibrio considerable en la autodeterminación de los perfiles profesional-paciente.

El personal médico, desde su posición privilegiada de experto, observa a la mujer en proceso de parto como una enferma o como alguien que necesita ser controlada, atendida, apoyada, o incluso manipulada, para que logre superar esa situación. Esta simbología la relega a un segundo papel en el proceso, pues la autonomía y determinación recaen sobre la responsabilidad médica que, como se ha visto, extralimita ese ejercicio de poder bajo la premisa de la incapacidad o incompetencia de la mujer en ese momento.

c) Estructural

En México existen dos sectores de salud, el público y el privado. Como explican Zárate Garjales *et al.* (2019), el sector público está conformado por los SESA (Servicios Estatales de Salud), la SSA que regula todas las instalaciones que otorguen servicios de salud en el país y por la Seguridad Social. Estas organizaciones obtienen sus fondos a través del gobierno federal y de la contribución de los gobiernos estatales. Con la promulgación de la Ley General de Salud de 1983 se inicia la estrategia de cobertura universal, marco por el que posteriormente la SSA impulsó en 2003 el SPS (Seguro Popular de Salud) con la finalidad de mejorar la cobertura de salud para el cual se destinó el 2.7% del PIB (Producto Interno Bruto).

En México, indican Saturno-Hernández *et al.* (2015) que se ha avanzado en la mejora continua de la calidad y la situación actual, en referencia al sistema público de la SSA, es que las entidades federativas tienen responsables, gestores de calidad y comités específicos en diversos niveles del sistema, encargado de velar y mejorar la calidad y la seguridad. La función de calidad, también es visible en el organigrama a nivel central (Saturno-Hernández *et al.*, 2015: 276-277).

Sin embargo, el desarrollo estructural no se ha acompañado de un desarrollo paralelo de la capacitación y la profesionalización de las personas a cargo de estas responsabilidades, hasta el punto de que este déficit es reconocido como *brecha*. Este hecho se constata con base en la *Encuesta Intercensal* (INEGI, 2015) donde se muestra que, desde la perspectiva social, la notable cantidad de instituciones prestadoras de servicios de salud y diversidad entre ellas supone la apreciación negativa del sistema de salud mexicano y es considerado como ineficiente o estructuralmente incapaz de prestar los servicios a los que se compromete en sus estatutos básicos y normativos.

Con relación a la calidad de las instituciones de salud para la prestación de la salud reproductiva, si bien debe reconocerse como elemento individual autogestionado, debe complementarse, desarrollarse o ampliarse con el apoyo de las instituciones de salud. La formación a la población en salud reproductiva tiene como objetivo favorecer la satisfacción de necesidades e incidir en el bienestar corporal y emocional de la mujer y está orientada a la prevención de infecciones de transmisión sexual, la detección temprana de enfermedades como el cáncer o la reducción de la muerte materna durante el parto. Estos temas se complementan con la adquisición de competencias para llevar un proceso de embarazo saludable, el desarrollo de las habilidades para la lactancia materna y los sistemas de anticoncepción de acuerdo con la planificación familiar deseada. La problemática que se constata en este estudio es la calidad de ejecución de estos cursos que si bien se garantizan por exigencias protocolarias, tal vez no responden a las necesidades reales y diversas de toda la población o, en concreto, de los grupos poblacionales con menor preparación académica que demandan apoyo más práctico e individualizado y de un rubro especializado en apoyo psicosocial.

d) Información

Las dinámicas de los procesos de parto incluyen el rubro de la toma de decisiones, que es ejecutada en su mayoría por el o la profesional de la medicina quien tiene la legitimidad médica. Esto es bastante plausible; no obstante, se debe garantizar la información de calidad y constante a la mujer en proceso de parto, así como la participación activa en procesos médicos que no concurran en complejidades o aspectos técnicos específicos. En los casos de aplicación del procedimiento de cesárea se ha detallado el abuso de este método donde el determinante médico es altamente cuestionable, pero, sobre todo, es el aspecto referente al consentimiento informado lo que marca este hecho como un abuso contra la integridad de la mujer y sus derechos médicos y humanos. Con respecto a este abuso, los datos que recoge la ENDIREH-16 muestran que 3.7 millones de mujeres reportaron el nacimiento de su último hijo(a) por cesárea. Lo más impactante es que “de estas mujeres, el 10.3% (más de 380 mil) afirman no haber sido informadas de la razón de la cesárea y al 9.7% (más de 350 mil mujeres) no le pidieron su autorización para realizarla” (INEGI, 2017: 47). En los casos donde sí se solicita consentimiento se observa, además, una marcada influencia patriarcal, ya que se prima la decisión masculina (esposo o padre) ante la autorización materna. De esta manera, se evidencia una tendencia hacia la suplantación de la autodeterminación y capacidad decisoria de la mujer en proceso de parto en lo que a la aplicación del procedimiento de cesárea se refiere.

e) Normativo

El devenir normativo y reglamentario referente a los procesos reproductivos parte del reconocimiento de su vulneración que causan efectos violentos en la mujer gestante. Desde el ámbito internacional, nacional y específico se han establecido normas y protocolos que parten del reconocimiento y tipificación de las violencias relacionadas con la reproducción para posteriormente definir sanciones y acciones de control: instituciones

internacionales como la OMS (salud reproductiva), los pactos como la Convención Belém do Pará (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer), la OEA (MESECVI)^[2] e instituciones en el ámbito nacional como la CNDH (Programa Integral para Erradicar, Sancionar y Prevenir la Violencia contra las Mujeres 2014-2018) y normas como el Código Penal Federal (los derechos reproductivos).

También, en el ámbito nacional, en el rubro sanitario de la SSA sobresale el *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*, del cual destacan dos principales aportaciones: *a)* lo referente a la tipología o categoría de la violencia obstétrica y *b)* la concepción social de las mujeres, en particular de las indígenas.

El enfoque intercultural que plantea parte del reconocimiento de problemas operativos para implantar el modelo humanizado intercultural en los servicios de salud. Entre sus objetivos pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud y legitima “la diversidad cultural existente entre las mujeres de México, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena” (SSA, 2011: 6). Asimismo, la concepción de seguridad obstétrica de este plan reconoce a las mujeres como:

Sujetos del derecho a recibir una atención médica basada en fundamentos científicos y que, además se le procuren condiciones de comodidad durante el parto en espacios confortables con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora (SSA, 2011: 7).

No obstante, este documento identifica la violencia obstétrica como una práctica presente en el sistema de salud mexicano en especial en mujeres sin apoyo a las que se ofrece un modelo de atención medicalizado y deshumanizado entendido como aquel que “promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos” (SSA, 2011: 8).

Este marco normativo-regulador está presente, pero este artículo pone de manifiesto la ausencia de estas premisas al revelar la incesante violación del derecho reproductivo y la falta de garantía del bienestar obstetra. Por eso, una de las conclusiones principales es que se debe promover la instauración de acciones prácticas en primera línea institucional, más que una discusión sobre aspectos reguladores (ya existentes).

f) Poder

El *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro* (SSA, 2011: 23) define la violencia obstétrica como “la violación de los derechos a la igualdad, no discriminación, a la información, integridad y autonomía reproductiva, entre otros”. Esta tipología de violencia se presenta en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y se expresa en relaciones de poder en la que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos en los que se da, por un lado, la apropiación de cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo, el alumbramiento de la placenta y la atención del recién nacido y el puerperio y, por otro lado, un trato deshumanizado y un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traen consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión en el trabajo de parto. Estas relaciones de poder son acciones que privan a las mujeres de participar activamente, y suponen una ineficaz participación, en la toma de decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva.

Otra apreciación de las formas de relación con base en el rol de poder son las enmarcadas en actitudes y roles de conducta que se consolidan en el trabajo médico, como lo son los tiempos de espera, uso de tecnicismos que dificultan la comprensión y la falta de sensibilidad o humanidad para provocar empatía con la mujer embarazada. Todo esto, como explican Nieto González *et al.* (2011: 8). trae como consecuencia “la sustitución de la persona o despersonalización del paciente, que conlleva una práctica centrada en casos o historias médicas más que en la persona humana”.

Con relación al poder, el *Consenso de Santo Domingo. Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe* (CEPAL-NU, 2013: 10)^[3] regula en su artículo 69 lo siguiente:

Desde las organizaciones se debe promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, de todos los grupos poblacionales y a lo largo de todo el ciclo de vida, mediante la implementación de leyes, políticas, normas, reglamentos y programas incorporados a los presupuestos nacionales y subnacionales, por cuanto la autonomía física es una dimensión fundamental para el empoderamiento de las mujeres y su participación en la sociedad de la información y el conocimiento en igualdad de condiciones.

Como se aprecia en el patrón *poder*, es notable la incidencia de este elemento que, aunado a que genera la deshumanización de la mujer embarazada y el abuso de control médico e institucional en los procesos de parto, se observa estrechamente relacionado con los patrones de inhibición y legitimación en una relación causa-consecuencia. El poder lo explica Duque-Páramo (2007: 131) diciendo que no sólo es una función de las instituciones políticas, sino que “queda inscrito en la vida diaria, en la que la realidad es definida por discursos de poder que al tiempo dan forma a los sujetos y determinan las relaciones entre los actores sociales”. En este sentido, agrega Flores (2010: 13) que “aun cuando es deseable que las decisiones siempre sean satisfactorias y de beneficio para todos los interesados, este no es siempre el caso y habrá ganadores y perdedores”. Algunas decisiones específicas generarán mayor oposición o conflictividad que otras, por lo que entender la forma en la que el poder y las relaciones afectan los procesos de toma de decisión es esencial. En este contexto, el patrón *poder* puede considerarse el más significativo en el conflicto obstétrico presente en el sistema de salud mexicano.

PROSPECTIVA

Con sustento en las aportaciones de Ortúzar (2017: 50) se explica que “la gobernanza en salud, entendida como ciudadanía activa y exigencia de nuevos procesos decisionales, se percibe como un ideal con condiciones insuficientes para su aplicación”. Entre las condiciones que el modelo debe garantizar se encuentra, por un lado, la necesaria superación de la clásica asimetría de la información entre el profesional y el paciente y, por otro lado, la indispensable alfabetización sanitaria general, seguida de la eliminación de la brecha digital, social y sanitaria, la procuración de igualdad social con respecto a las condiciones materiales y, por último, la importancia de evaluar el contexto específico intercultural de su aplicación.

El aspecto de la conflictividad de las sociedades se ha ligado, en las teorías sociales, a elementos culturales o de significados sociales que definan la relación interpersonal, estructural o con las instituciones, donde estos conflictos son, según una u otra la percepción teórica, elementos disruptivos, constructivos o neutros. Así pues, la cultura es un conjunto de significados compartidos y duraderos. Al respecto, explica Wallerstein (1992: 31) que “la identidad no es más que la cultura interiorizada por los sujetos, considerada bajo el ángulo de su ficción diferenciadora y contrastiva en relación con otros sujetos”. Destacando el componente de estabilidad de la mano de la evolución, cabe retomar a Giménez (2005), quien explica las zonas de estabilidad y persistencia en combinación con zonas de movilidad y cambio de significados.

Una evidencia de la evolución cultural sobre el conflicto social queda patente en la forma en que ha sido estudiado hasta el siglo pasado, pues ha transitado desde el fenómeno guerra (confrontación) al estudio del conflicto desde la paz (transformación). Esta transición coloca el elemento socializador transformativo y pacífico del conflicto en el imaginario que compone el paradigma teórico de la cultura de paz. La cultura de paz es, en palabras de Muñoz y Molina Rueda (2010: 45) como “una idea que se puede entender con cierta facilidad gracias a los imaginarios colectivos en los que se apoya y la necesidad de una cultura con capacidad de orientar e implementar un mundo más pacífico”. Con relación a esta transformación de la sociedad en un ambiente pacífico con influencia en individuos, grupos e instituciones, destaca Vinyamata Camp (2015: 16) que “lo que realmente importa acaba siendo la capacitación para desarrollar una cultura de la convivencia sin violencia, una cultura de la autonomía y de la autosuficiencia”.

CONCLUSIONES

El conflicto obstétrico es un hecho cotejado con datos objetivos, pero también son numerosos los estudios que ya incorporan el método hermenéutico para identificar las percepciones, apreciaciones y valoraciones de los sujetos implicados, los cuales constatan la objetividad de la problemática. No obstante, como todo problema, existe un fin o meta que en este caso es el *bienestar reproductivo*. La OMS (2008) define este concepto como un enfoque estratégico para la salud sexual y reproductiva donde los sistemas de salud tienen la responsabilidad vital de velar por el respeto efectivo de los principios éticos universales de los derechos humanos, las libertades individuales y la dignidad. Hace suyos los valores y derechos reproductivos, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres proclamados en otras cumbres internacionales. Estos conceptos reconocen que

las mujeres no sólo soportan indiscutiblemente la carga más pesada de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, sino que además muchos de esos problemas son consecuencia de las desigualdades que persisten entre los géneros, incluida la relativa falta de poder y de influencia de las mujeres en la vida pública y privada (Iglesias Ortuño, 2021: 21).

El estudio de las problemáticas sociales desde el enfoque de los derechos humanos pone en el centro del análisis de la realidad al sujeto como ser con necesidades de obligada retribución para su desarrollo por parte del entramado político-social en el que se desarrolla. Este enfoque

tiene como eje de la intervención a la persona como titular de derechos, agente activo de su propio desarrollo. Este enfoque analiza el desarrollo de la persona desde diferentes elementos objetivos y subjetivos y los reconoce todos como elementos sustantivos que proteger, preservar y procurar. Si bien se reconoce la relevancia determinante del entramado político-social para la procuración de los derechos humanos, se considera indispensable también la autonomía personal y la participación activa de la persona en la gestión y desempeño de las acciones conducentes a su disfrute (Sánchez Moreno, 2011: 51).

Con respecto a los problemas sociales y las consecuentes dinámicas de riesgo de los grupos vulnerables, Gonnet (2018: 119) explica que “en la sociedad moderna, la diferenciación funcional entre derecho, política y economía ha permitido que el derecho logre una mayor independencia y, por tanto, otorgue más oportunidades para la manifestación del conflicto”. Por otro lado, se encuentran los movimientos sociales, los cuales permiten que los conflictos se extiendan en el tiempo a partir del logro de adhesiones y compromisos individuales que con determinados objetivos, pese a ser poco claros o específicos, permiten ubicar adversarios, reunir disposiciones de conflicto y, de este modo, direccionar a la acción común.

AGRADECIMIENTOS

La autora de este artículo agradece a los(as) árbitros que aportaron una mejora a la estructura del artículo y, evitando todo sesgo ideológico, realizaron su análisis crítico desde el rigor académico.

REFERENCIAS

- Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 3-12
- Ayala Peñaranda, G. E. (2013). Análisis del conflicto y la mediación como método de resolución: Redorta y Moore. *Revista Academia & Derecho*, 4(7), 79-106
- Cabello Tijerina, P. A., Carmona Valdés, S. E., Gorjón Gómez, F. J., Iglesias Ortuño, E., Sáenz López, K. A. C. y Vázquez Gutiérrez, R. L. (2016). *Cultura de paz*. México: Patria.

- Calderón Concha, P. (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung. *Revista de Paz y Conflictos*, 2, pp. 60-81
- Camacaro Cuevas, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18(40), 185-192.
- CEPAL-NU. (2013). *Consenso de Santo Domingo. Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. CEPAL (Comisión Económica para América Latina).
- DOF (Diario Oficial de la Federación). (2014). *Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018*. Secretaría de Gobernación. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343064&fecha=30/04/2014
- DOF (Diario Oficial de la Federación). (2016). *NORMA Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Secretaría de Gobernación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Donoso-Sabando, C.A. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193
- Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127-142
- Fernández, A. y Oviedo, E. (2010). *Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista Salud Pública*, 12(1), pp. 28-38
- Galtung, J. (1995). *Investigaciones teóricas. Sociedad y cultura contemporáneas*. Madrid: Tecnos.
- Giménez, G. (2005). *La cultura como identidad y la identidad como cultura, México*: Consejo Nacional de la Cultura y las Artes.
- Gonnet, J. P. (2018). Orden social y conflicto en la teoría de los sistemas de Niklas Luhmann. *Cinta de moebio*, 61, 110-122. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2018000100110>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Hueso García, V. (2000). Johan Galtung: la transformación de los conflictos por medios pacíficos. *Cuadernos de Estrategia*, 111, 125-159
- Iglesias Ortuño, E. (2021). *Derechos humanos y salud reproductiva, una mirada desde Trabajo Social*. México: Tirant lo Blanch.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2015). *Encuesta Intercensal*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados*. México: INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ENDIREH-16/2016/doc/ENDIREH-162016_presentacion_ejecutiva.pdf
- Lete, I. y Martínez-Etayo, M. (2004). La salud reproductiva: datos y reflexiones. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 170-174.
- Muñoz, F. A. y Molina Rueda, B. (2010). Una cultura de paz compleja y conflictiva. La búsqueda de equilibrios dinámicos. *Revista de Paz y Conflictos*, 3, 44-65.
- Nieto González, L. A., Romero Quiróz, M. A., Córdoba-Ávila, M. A. y Campos-Castolo, M. (2011). Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. *Revista CONAMED*, 16(1), 6-12.
- OMS (Organización Mundial de la salud). (2008). *Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. OMS.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Ortúzar, M. G. (2017). El desplazamiento del poder en salud. Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio. Revista Internacional de Filosofía*, 20, 47-63.
- Redorta, J. (2004). *Cómo analizar los conflictos: la tipología de los conflictos como herramienta de mediación*. Barcelona: Paidós.
- Redorta, J. (2014). Análisis de conflictos por patrones: la nueva herramienta CAT. *Revista Democracia Digital e Gobierno Electrónico*, 1(10) 310-323.
- Rozenblum de Horowitz, S. (2007). *Mediación. Convivencia y resolución de conflictos en la comunidad*. Barcelona: Graó.
- Sánchez Moreno, M. (2011). Enfoque de derechos humanos en desarrollo. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Fomento Social*, 261, 39-72.
- Saturno-Hernández, P. J., Hernández Dávila, M., Magaña-Valladares, L., García-Saisó, S. y Vértiz-Ramírez, J. J. (2015). Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 57(3), 275-283.
- Secretaría de Salud (ProNalSalud). (2007). *Programa Nacional de Salud ProNalSalud 2007-2012*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- SSA (Secretaría de Salud). (2011). *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio*. México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
- SSA (Secretaría de Salud). (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- SSA (Secretaría de Salud). (2012). *Programa Nacional de Salud 2007-2012 ProNalSalud*. México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Vezzetti, M. (2010). Género y violencia: la intervención institucional en su laberinto. *Margen*, 57, 1-8.
- Villanueva Egan, L.A. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 21-26.
- Vinyamata Camp, E. (2015). Conflictología. *Revista de Paz y Conflictos*, 8(1), 9-24.
- Wallerstein, E. (1992). *Culture as the Ideological battleground of modern world-system*. London: Sage.
- Zárate Garjales, R. A., Romualdo Pérez, Z., Sánchez Bañuelos, L., García Hernández, N., Villegas Zúñiga, A. y Alvarado Celaya, D. L. (2019). Una mirada a los sistemas de salud mexicano y argentino. *Revista de Salud Pública*, 23(1), 44-57. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v23.n1.23959>

NOTAS

[1] ENDIREH-16-2003, ENVIM-2003, ENVIM-2006, ENDIREH-16-2011.

[2] MESECVI (Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Do Pará).

[3] CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)-UN (Naciones Unidas).

CC BY-NC-ND