

La violencia obstétrica como dispositivo de control del cuerpo de las mujeres. Alejandra Oyosa Romero

Agradezco la invitación a este Seminario Permanente sobre Discapacidad. Quiero iniciar afirmando que la visión de la que parto está inserta en el marco de los Derechos Humanos, los estudios del cuerpo y los estudios feministas. Mi cercanía con ambos temas, la violencia obstétrica y la situación de discapacidad tienen su origen en mi trabajo como editora de la revista Género y salud en cifras, el cual realicé por cuatro años y me permitió dar seguimiento a las experiencias de las mujeres, de las investigadoras y en particular, pude reconocer las dificultades que implican intentar modificar un ámbito absolutamente hegemónico, sexista y androcéntrico, que producen y reproducen prácticas discriminatorias, violentas y jerarquizantes, en el que las personas dejamos de serlo para convertirnos en cuerpos a reparar o en la enfermedad o condición por la que transitamos.

En mi actividad editorial tuve la posibilidad de leer diferentes artículos sobre mujeres con discapacidad, derechos sexuales y reproductivos, así como sobre violencia obstétrica. Trabajos enfocados en una sola temática o entretejiendo finamente los tres tópicos. En este último caso, cabe destacar que la violencia obstétrica es vivida por las mujeres de manera cotidiana y lamentablemente común, por ello fue complicado darme cuenta de las particularidades que viven las mujeres con discapacidad cuando ejercen sus derechos sexuales y reproductivos ante la mirada de la medicina hegemónica.

En este sentido, esta participación se enfoca los derechos humanos y el derecho a la salud de las mujeres con discapacidad, retomando la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y poniendo en la mesa la discusión de las mujeres en condición de discapacidad y sus derechos. Posteriormente, me referiré a las decisiones sexuales y reproductivas que toman las mujeres con discapacidad y la agencia que ejercen en dichas decisiones. Continuaré con algunas ideas en torno a las violencias de género, institucional y obstétrica, para ampliar un poco el panorama de lo que se entiende por violencia obstétrica en el ámbito médico y ampliar las reflexiones hacia lo social. Asimismo, retomaré la negación de algunas personas profesionales de la Medicina hacia la interrupción del embarazo decidida por las mujeres con discapacidad. Finalmente, deseo abrir la reflexión en torno a las tareas de cuidado y crianza que pueden llevar a cabo las mujeres en condición de discapacidad, para ejercer tareas de maternaje.

Derechos humanos y derecho a la salud

Ya inserta en el marco de Derechos Humanos, quiero enfocarme en el derecho a la salud, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) es aquel que debiera garantizar “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” e incluye el “acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”.

Los derechos están interrelacionados y, por tanto, el de la salud se vincula con el derecho a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, el acceso a la información y la participación, y a la no discriminación, éste último nos ocupan de manera particular.

De acuerdo con la OMS (2017), el derecho a la salud abarca libertades y derechos, entre las primeras destaca “el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (como es el caso de los derechos sexuales y reproductivos), sin injerencias (como torturas, tratamientos y experimentos médicos no consensuados)”. Respecto a los derechos, se incluye el de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca las mismas oportunidades para todas las personas, sin distinción.

Actualmente en la OMS se busca hacer más complejo el análisis reconociendo la dimensión social de la salud, la cual se aborda desde las llamadas Determinantes Sociales de la Salud, que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (y que) son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Estas determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La violación de los derechos humanos implica consecuencias en la salud de las personas y la discriminación es una manera de lacerar estos derechos. Un ejemplo de lo anterior es negar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a las mujeres en situación de discapacidad, lo cual ocurre a partir de la reproducción de estereotipos y de estigmas en torno a ellas.

Por lo tanto, es fundamental partir de un marco de derechos humanos, pues nos permite reconocer las desigualdades, las injusticias, las prácticas discriminatorias y la violencia que pudiera ser ejercida sobre las personas y en particular en aquellas a las que socialmente se ubica en condición de vulnerabilidad.

1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en particular respecto a la sexualidad y la reproducción, más allá de la salud sexual y reproductiva)

Siguiendo la línea del marco de derechos humanos, es indispensable mencionar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006 por la Asamblea de las Naciones Unidas, que distingue entre condición (individual) y situación (contexto en el que vive la persona). De acuerdo con Alejandra Prieto, esto permite que la discapacidad física (motora, comunicacional, visual o intelectual) se presenta aunada a la “discapacidad social”, entendida como todas aquellas restricciones para la participación e integración de las personas con tal condición, por lo que es una forma de exclusión social (Prieto de la Rosa, 2013, p. 22).

Por su parte, Cruz Pérez (2013) señala que:

“la discapacidad es la experiencia de la diferencia y a su vez es diferenciadora, centrada en la noción de carencia, de ausencia de atributos y/o capacidades que la persona nunca tuvo o que perdió y cuya consecuencia es el distanciamiento del ideal humano de la completud y funcionalidad, que la aleja de los márgenes de la normalidad y por ende limita, condiciona y/o impide su participación en la sociedad” (p. 7).

Las mujeres en situación de discapacidad son consideradas como niñas eternas, asexuadas, no aptas y dependientes, por lo que les es vedado el matrimonio, formar una familia o tener hijas o hijos. Situación que viven de otra manera los hombres en situación de discapacidad, quienes reciben el apoyo social para ejercer su sexualidad y tener relaciones de pareja.

De acuerdo con *Disability Rights International* y Colectivo Chuhcan (Rodríguez, 2015), al negarse el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se violentan e incumplen diversos artículos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como el artículo 23, referente al respeto del hogar y la familia; el artículo 25, sobre salud; el artículo 17, sobre la protección de la integridad de la persona; el artículo 12 que habla sobre la igualdad ante la ley y el derecho a la personalidad jurídica.

Por lo anterior, es fundamental reconocer cómo ve y trata el aparato médico hegemónico el cuerpo de las mujeres en situación de discapacidad, recordando que este ámbito clasifica, califica y jerarquiza los cuerpos de manera dicotómica: sanas-enfermas, aptas-ineptas, funcionales-disfuncionales. De acuerdo con los estudios del cuerpo, estas clasificaciones se materializan en el cuerpo y nos constituyen sujetos, pues todo el tiempo estamos relacionándonos con el mundo y con las otras y los otros con el cuerpo, con el cual experimentamos el mundo y nos constituimos sujetos. Somos cuerpo, devenimos cuerpo-sujeto.

Este sistema médico hegemónico patologiza las características corporales, a la vez que homogeniza subjetividades. Es decir, reduce la diversidad humana, corporal y subjetiva, por lo que la atención médica es básicamente la misma para todos los casos, aun cuando esto genere desigualdades en la atención. Además, este sistema considera a las y los sujetos como cuerpos-objetos-máquinas a reparar, por ello se ha centrado en buscar y encontrar las causas que originan la discapacidad, enfocándose en dictaminar, prevenir, atender y tratar aquello que es disfuncional e impide la “normalidad”. Este es el enfoque rehabilitador, que busca “normalizar” a la persona.

Si un cuerpo-objeto-máquina no es reparable, resulta prescindible para la ciencia médica, sin interés, por lo que se exagera el trato despersonalizado y se profundiza la exclusión, así como la regulación y control de los cuerpos-sujetos.

La exclusión y marginación de las personas en situación de discapacidad ocurren como consecuencia de su presunta imposibilidad para ajustarse a las normas sociales y también a las corporales, la “anormalidad” se convierte en un estigma social que les considera carentes de belleza, estética, fuerza y salud, les asocia con vulnerabilidad, anormalidad y asume que no tienen herramientas para enfrentar los retos en el transcurso de su vida.

Entonces así llegamos al punto de la exclusión, estos cuerpos que no pueden ser reparados o no son muy fácilmente reparados son excluidos y empieza la regulación y el control de los cuerpos sujetos. Si no te puedo arreglar, te voy a controlar y también te voy a regular. Más allá estos son cuerpos, y quiero aclarar eso, son cuerpos lo que ve el sistema médico no son personas, no son sujetos, no hay emociones, son cuerpos.

2. Mujeres en situación de discapacidad y derechos humanos, a la salud, sexuales y reproductivos, todos ellos violentados

En este sentido, Angélica Olivares señala que “el área de la salud sexual y reproductiva es la menos abordada, pues se mantiene la creencia de que las mujeres en situación de discapacidad son asexuales e incapaces de ejercer la maternidad” (Olivares, 2015, p. 4). Al respecto, Alejandra Prieto indica que “el género y la discapacidad son dos características que sumadas aumentan la discriminación, la marginación y la inequidad” (Prieto de la Rosa, 2013, p. 22).

Por lo tanto, es indispensable considerar la categoría “género” para comprender que la vivencia de la situación de discapacidad es diferente para mujeres y hombres, así como su experiencia y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, así como el acceso a una vida erótico-afectiva. Así, las desigualdades que viven las mujeres en situación de discapacidad están en relación con las mujeres que viven sin esta situación, pero también respecto a los hombres en situación de discapacidad y aquellos que no lo están.

Así, las desigualdades que viven las mujeres en situación de discapacidad están en relación con las mujeres que viven sin esta situación, pero también con los hombres que viven con una situación de discapacidad y los que no lo están.

De tal forma que es pertinente preguntarse quién decide por las mujeres con discapacidad, porque el sistema médico asume que en general, los sujetos y en particular las mujeres no tienen el derecho a decidir sobre sus cuerpos, pues hay toda una normatividad corporal, una normatividad sexual de quién tiene que decidir sobre su cuerpo y de esto tenemos un ejemplo en la lucha por el derecho a decidir de las mujeres para interrumpir un embarazo.

Lo anterior se exagera en el caso de las mujeres con discapacidad, quienes son entendidas en el sistema médico hegemónico como cuerpos incompletos, erróneos, por lo que están decidiendo por ellas. No sólo es el personal médico el que asume y reproduce estas ideas, también ocurre entre el personal de enfermería, trabajo social y administrativo, como pude constatar en algunos artículos que edité para la revista Género y Salud en Cifras: todo mundo da su opinión, nadie les pregunta a las mujeres qué quieren.

3. Decisiones sexuales y reproductivas, ¿quién decide? Sujetas con agencia

En este entorno de desigualdades que intersectan en las mujeres en situación de discapacidad, social e históricamente les ha sido negada la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y decidir sobre sus propias experiencias reproductivas. De acuerdo con Angélica Olivares “aun cuando la maternidad es un rol esperado y en ocasiones impuesto (...) una constante entre las que poseen una discapacidad son las prácticas eugenésicas de las que son sujetas con el fin de evitar que se reproduzcan más seres ‘enfermos y discapacitados’” (Olivares, 2015, p. 10).

Con base en lo anterior, en la actualidad mujeres en situación de discapacidad son esterilizadas a edades tempranas, con lo que les son vedadas una serie de decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva y les son negados sus derechos sexuales y reproductivos. De esta forma, el estigma en torno a las mujeres en situación de discapacidad incluye considerarlas poco atractivas, asexuales y sin posibilidad de establecer relaciones erótico-afectivas. Es decir, se les coloca como sujetas que no son deseadas ni deseantes y no se espera que vivan experiencias de emparejamiento. Sin embargo, sí viven dichas experiencias erótico-afectivas, sin que el Estado provea los servicios de salud necesarios para que lo hagan de una manera informada, segura y plena.

Así, la respuesta respecto a quién decide está vinculada con la agencia de las mujeres en situación de discapacidad, en prácticas de resistencia ante un poder médico hegemónico que insiste en ser represor y opresor, negarles sus derechos y decidir por ellas al considerarlas sujetos que no tienen esta capacidad. Sin embargo, todavía persisten prácticas discriminatorias y eugenésicas.

De manera muy simplificada, la agencia es la capacidad que todas las personas tenemos para tomar decisiones, aún en las peores condiciones; siempre hay algo que hacer, incluso la no decisión es una decisión.

Por ello, es fundamental exigir al Estado que otorgue la información y atención adecuadas a las mujeres en situación de discapacidad, pues es un hecho que tiene prácticas sexuales y reproductivas que están más allá del control y la regulación del cuerpo, por lo que es necesario reconocerlas como sujetas activas que resisten a los obstáculos que se les imponen.

El derecho a decidirse sobre sus cuerpos, su salud sexual y reproductiva es un derecho humano que además de ser respetado, debe ser acompañado de atención en los servicios de salud.

Ahora, esta cuestión de lo informado, lo pleno y lo seguro también pasa por los cuerpos que están en la norma, no sólo ocurre con las personas con discapacidad, siempre estamos pidiendo opiniones médicas para ver si podemos hacer o no hacer y también hay otras personas que nunca pedimos opinión médica y sólo ejercemos nuestra corporalidad. Pero idealmente deberíamos acceder a la opción de tener información para tomar decisiones, porque es ejercer derechos y ejercer derechos es ser ciudadanas y ciudadanos.

4. Violencia de género, institucional y obstétrica

La violencia obstétrica es de género e institucional, al menos. Y la violencia hacia las mujeres, por motivo de género, es una forma específica de violación de los derechos humanos, que ha sido históricamente fundacional para mantener un sistema patriarcal sexista y androcentrista. En este sentido, Carlota Pereira, Alexa Domínguez y Judith Toro señalan que

“la violencia obstétrica está indefectiblemente vinculada al tema de la violencia de género. (...) durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, (hay) situaciones de gran vulnerabilidad y sensibilidad, (por lo que) toda mujer, sin distinción de edad, tiene derecho a ser tratada con respeto de modo individual y personalizado, garantizando su intimidad y sus pautas socio-culturales” (2015, p. 82).²⁴

Sin duda, la violencia que ejercen profesionales de la salud sobre el cuerpo de las mujeres es violencia de género y, por lo tanto, violentan sus derechos humanos. De acuerdo con Melba Adriana Olvera “las mujeres con discapacidad a veces son asumidas como objetos de cuidado y no como sujetos de derecho. Esto contribuye a que sean más propensas a vivir violencia obstétrica” (Notimex, 2016).

La violencia obstétrica también pone en riesgo el derecho a la autonomía reproductiva, a la no discriminación, a vivir una vida libre de violencia, a la igualdad y al trato digno. Entre las prácticas relacionadas con la violencia obstétrica están la esterilización sin autorización de las mujeres, la obstaculización de la maternidad con apego precoz y la realización de cesáreas innecesarias.

En la Secretaría de Salud federal se ha trabajado un “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” (García, Almaguer, et al, 2015). Sin embargo, dicho modelo, supuestamente incluyente, no considera las necesidades específicas de las mujeres en situación de discapacidad, a pesar de haber innovado en varios aspectos, como mobiliario y ropa más adecuada para las mujeres.

Aquí es donde quiero ampliar el panorama de la violencia obstétrica, pues la violencia hacia las mujeres en situación de discapacidad ocurre durante toda su trayectoria reproductiva, incluye no querer asistir a consulta ginecológica por temor a sufrir abuso sexual, maltrato físico o psicológico y en otros casos la propia familia se niega a que la mujer asista a este servicio médico.

Con el fin de que las mujeres con discapacidad no ejerzan la maternidad son sometidas a esterilización forzada, se les suministran anticonceptivos sin su autorización y se les presiona para que interrumpen su embarazo o para que den en adopción a su hija o hijo. Además, la situación de pobreza condiciona o impide su acceso a servicios de salud, lo que constituye otra forma de violencia, Es decir,

²⁴ Los paréntesis son míos.

en esta trayectoria reproductiva, cuántos eventos van ocurriendo y cómo los van viviendo las mujeres con discapacidad y con qué discapacidad.

Cada caso va a ser distinto y van a ser diferentes vivencias y diferentes violencias que van a vivir en el ámbito médico. Desde que lo vivimos nosotras como mujeres, “te bajó o no te bajó, avísame para ver si te bajó”, todo eso son violencias porque no hay un respeto a la intimidad de la persona, independientemente de que por cuestiones de salud haya que dar una información.

5. Violencia obstétrica y discapacidad. Cómo ocurre con las mujeres en situación de discapacidad

De acuerdo con Roberto Castro (2014), un habitus médico autoritario está estrechamente vinculado con las violaciones a los derechos humanos de las mujeres en los servicios de salud y particularmente en el embarazo, parto y puerperio. La formación en el ámbito médico, permeada de diferentes violencias y durante la residencia y especialización producirían profesionales que reproducen dichas prácticas en su quehacer de atención.

Castro (2014) señala que, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las estadísticas indican que la especialidad médica con el mayor número de quejas es la ginecobstetricia, lo cual coincide con varios estudios en otros países, que evidencian el maltrato, la humillación, la intimidación y los abusos que viven las mujeres en los servicios de salud durante el parto, en particular.

Otras personas autoras coinciden en que en la violencia obstétrica intersectan la violencia institucional y la de género, que experimentan las mujeres en un momento en el cual están física y emocionalmente vulnerables, con temores, incertidumbre, dolor y dependiendo de las decisiones del mismo personal que la violenta. En este sentido, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) señala:

“la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” (GIRE, 2015, p. 124).

Estas prácticas violentas ocurren a todas las mujeres, lo que se ha conformado como un problema de salud pública y de derechos humanos. Es decir, sin importar la condición de discapacidad, las mujeres viven esta violencia, pero la situación de discapacidad las coloca en mayor vulnerabilidad a través de prácticas específicas.

De esta forma, el personal médico ostenta un poder y configuran prácticas en torno al biopoder²⁵ que tienden a infantilizar a las mujeres en situación de discapacidad y con ello controlan y/o niegan sus prácticas sexuales y reproductivas, omitiendo que pueden tener un desarrollo sexual que les permita ejercer su sexualidad e incluso procrear.

Otra manera de violentar los derechos de las mujeres en situación de discapacidad es negarles el acceso a la información o asesoría respecto a su salud sexual y reproductiva, lo cual es más frecuente con personas con discapacidad intelectual, por las dificultades para comunicarse, como señala Cruz Pérez (2013).

En un estudio sobre derechos sexuales y reproductivos de mujeres con discapacidad psicosocial en México, Disability Right International y Colectivo Chuhcan identificaron que “más de un cuarenta por ciento de las mujeres entrevistadas han sufrido abusos durante una visita al ginecólogo (porcentaje similar) al de aquella que han sido esterilizadas de manera coercitiva, obligadas por miembros de su familia y por profesionales de la salud” (Rodríguez, 2015, p. V-VI). Estas prácticas implican violaciones a los derechos humanos, y sexuales y reproductivos de las mujeres por parte del Estado Mexicano.

6. La otra violencia, negar la interrupción de un embarazo. Causales violencia sexual y salud

El tema del aborto sigue siendo complejo de abordar y en este caso, mujeres en situación de discapacidad son obligadas a interrumpir un embarazo, por las consideraciones que ya he planteado, la posibilidad de que su hija o hijo nazcan con alguna discapacidad o por considerar que las mujeres no son capaces de llevar a cabo tareas de maternaje.

Sin embargo, en algunos estados donde el aborto está penalizado, se ha negado la interrupción del embarazo a mujeres en situación de discapacidad que vivieron violencia sexual o que ven comprometida su salud al continuar con este proceso reproductivo. Este doble discurso se debe a que

²⁵ De acuerdo con Michel Foucault, las relaciones de poder se edifican a través de estructuras biológicas sociales, como son las instituciones de control y disciplinamiento. Para ello es necesario entender el poder como omnipresente y multidireccional, presente siempre y en diversas formas, como lo señala en el primer volumen de *Historia de la Sexualidad. La voluntad del saber* (1986). Entonces el poder no es estático, sino dinámico y cambia de posición constantemente, fluye entre los sujetos y se modifica de acuerdo con las situaciones posibles. En este sentido, para Foucault el cuerpo es objeto y objetivo del poder, como lo evidencia en *Vigilar y castigar* (1998), donde señala que el cuerpo puede ser manipulado, educado, obediente y por lo tanto, objeto dócil.

Para Foucault, el biopoder tiene relación con las nuevas tecnologías del poder, desarrolladas por el Estado con el fin de asegurar tres elementos: salud, seguridad y productividad colectiva de la población. Por lo tanto, el biopoder está vinculado con el control de los cuerpos y de los sujetos a través de tecnologías de dominación dirigidas al cuerpo, que tienen su punto máximo de expresión en instituciones como la cárcel y los hospitales. Es entonces cuando encontramos al sistema médico hegemónico como entidad de control para los cuerpos, que en el caso que ocupa en este texto determina cuáles cuerpos son propicios y pertinentes para la reproducción y cuáles no.

es el sistema médico, sus profesionales y las familias, quienes están decidiendo aún en contextos en los que están en juego otros derechos de las mujeres. Muchas personas deciden y elijen, menos ellas.

7. Cuestionamientos a las decisiones de las mujeres en situación de discapacidad más allá del ámbito médico (el cuidado y la crianza)

8.1. La doble negación: a ser cuidadas y a ejercer el maternaje

Socialmente aún se asignan a las mujeres las tareas de cuidado, por lo que constituye una complicación para las familias pensar que las mujeres en situación de discapacidad no son aptas para llevar a cabo estas tareas, lo que en sí mismo constituye la negación a tener el derecho al matrimonio, a la procreación y a la formación de una familia.

DisabilityRights International y Colectivo Chuhcan señalan que “hay dos principales razones que la sociedad utiliza para “justificar” que las mujeres con discapacidad no deben tener hijos ni formar una familia: 1) transmitirán su discapacidad y 2) no pueden ser buenas madres” (Rodríguez, 2015, p. 14). Ambos argumentos invisibilizan una razón superior, la eugenesia.

8.2. Estrategias de las mujeres en situación de discapacidad para el maternaje y la crianza. Maternaje comunitario y social

Más allá de lo biológico y fisiológico, el maternaje son los cuidados que se proveen durante la crianza y que también constituyen una construcción social sobre sus contenidos y la forma de llevar a cabo estas labores, quién las puede llevar a cabo y en dónde. Lo anterior implica que si bien, hasta ahora, sólo son las mujeres quienes tienen la capacidad de parir, hombres y mujeres pueden realizar las tareas de maternaje.

Y en este sentido, habría que reflexionar sobre un maternaje comunitario y social, que permita a las mujeres con discapacidad compartir estas actividades y resolver algunas circunstancias que se dificulten en la vida cotidiana. Además de resolver las tareas prácticas, las necesidades emocionales también serán satisfechas, tanto para la madre como para su hija o hijo, ampliando las posibilidades incluso más allá de la familia cercana y de origen.

8.3. Problema estructural de cuidados y redes de cuidados

DisabilityRights International y Colectivo Chuhcan (Rodríguez, 2015) también señalan que México ha incumplido la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad al no otorgar apoyo a las madres en situación de discapacidad, pues no proporciona asistencia apropiada para llevar a cabo las tareas de crianza.

De acuerdo con Alejandra Prieto “la discriminación hacia las mujeres con discapacidad se agudiza debido a la carencia de políticas públicas transversales que instauren la perspectiva de discapacidad en todas las actividades públicas y, por otra parte, a la escasez de políticas de cuidados” (Prieto de la Rosa, 2013, p. 25).

REFERENCIAS

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

Cruz Pérez, M. P. (2013). Sexualidad y reproducción de las mujeres con discapacidad. Entre el discurso de reconocimiento y la invisibilidad institucional. *Revista Género y Salud en Cifras*, 11(2), 3-20.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (2006, 13 de diciembre). Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

García, H. J., Almaguer, J. A., Ortega, M. A., Gutiérrez, D. G., y Montoya, E. (2015). Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo”. *Revista Género y Salud en Cifras*, 13(3), 13-22.

GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (2015). Violencia obstétrica. En Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México, pp. 119-153. México: autor.

Foucault M. (1986). Historia de la sexualidad, la voluntad de saber. (Trad. Ulises Guíñazú). México: Siglo XXI.

Foucault M. (1998). Vigilar y castigar. (Trad. Aurelio Garzón). México: Siglo XXI.

Notimex (2016, junio 2). Perciben violencia obstétrica en trato deshumanizado a embarazadas. 20 Minutos. Recuperado de:

<https://www.20minutos.com.mx/noticia/96652/0/perciben-violencia-obstetrica-en-trato-deshumanizado-a-embarazadas/>

Olivares Ocaranza, A. (2015). La regulación del cuerpo de mujeres en situación de discapacidad. *Revista Género y Salud en Cifras*, 13(2), 3-16.

Organización Mundial de la Salud (2017). Salud y derechos humanos. Nota descriptiva No. 323. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Pereira, C. J., Domínguez, A. L., y Toro Merlo, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90.

Prieto de la Rosa, A. (2013). Discriminación múltiple: mujeres con discapacidad en México. *Revista Género y Salud en Cifras*, 11(2), 21-30.

Rodríguez, P. (2015). Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México. México: DisabilityRights International, Colectivo Chuhcan.