

Las trabajadoras sociales¹ como defensoras de la salud materna

Sandra Elizabet Mancinas Espinoza*
José Alejandro Meza Palmeros**

Resumen

Las mujeres en situación de vulnerabilidad, en México, que acuden a los servicios públicos de salud por causas obstétricas experimentan diversas barreras para el acceso a la atención, aun en las propias unidades médicas, contribuyendo a que 85% de las muertes maternas ocurran al interior de los establecimientos de salud.

La posibilidad de demandar a través de vías judiciales o extrajudiciales el cumplimiento del derecho a la salud, es decir su exigibilidad, es posible actualmente en México, lo que constituye un hecho trascendental. El objetivo de este trabajo es describir una propuesta de exigibilidad, que identifique y gestione la solución inmediata de barreras en el acceso a una atención obstétrica de calidad, en la que las trabajadoras sociales ejerzan un poder-saber en la promoción, protección y defensa de los derechos de las usuarias de los servicios obstétricos.

Palabras clave: Trabajo social en salud, derechos humanos, salud materna, exigibilidad del derecho a la salud.

Abstract

Women in situations of vulnerability in Mexico who go to public health services due to obstetric causes, experience some barriers to access to care even inside of medical units. This contributes that 85% of maternal deaths occur at inside of health facilities.

¹ Consideramos que, si bien la defensa del derecho a la salud de las mujeres en los servicios obstétricos no solo depende de las trabajadoras sociales, sino también de los trabajadores sociales, sí coincidimos con los axiomas de las epistemologías feministas de visibilizar a las mujeres y a sus formas de aproximarse a temas como el embarazo y el parto (véase a Castañeda, Patricia, 2008). En ese sentido, apelamos a que las mujeres tienen una experiencia encarnada sobre los malos tratos en los servicios obstétricos, diferente a la de los hombres. Adicionalmente, el trabajo social es una profesión mayoritariamente constituida por mujeres. Por ello, decidimos privilegiar el pronombre femenino a lo largo del texto, sin que ello signifique que la defensa de los derechos humanos en el ámbito de la salud sea una tarea exclusiva de las mujeres.

* Dra. en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL. sandramancinas@hotmail.com

** Dr. en Ciencias, en Ecología y Desarrollo Sustentable por el ECOSUR. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). alejandro.meza@ciesas.edu.mx

The possibility of suing through judicial or extrajudicial means compliance with the Right to Health, that is, its enforceability, is currently possible in Mexico, which is a transcendental event. The objective of this paper is to describe a proposal of enforceability that identifies and manages the immediate solution of barriers in access to quality obstetric care, where social workers exercise a power/knowledge in the promotion, protection, and defense of the rights of obstetric services users.

Key words: Social work in hospitals, human rights, maternal health, enforceability of the right to health.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la salud es un derecho humano fundamental para el cumplimiento de todos los demás derechos, al mismo tiempo que depende de ellos. Mantiene una relación estrecha con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación (ONU, 2000).

En el caso de la salud materna, el derecho a la salud alude a aquellas acciones que contribuyen a superar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y que se evidencian durante el embarazo, parto y periodo posterior al parto (OEA, 2010).

Pese al interés de organismos nacionales e internacionales por la salud materna, informes recientes (WHO, 2016, p. 16) estiman que en el año 2015 ocurrieron en el mundo 303,000 muertes maternas. Como cada año, se considera que hasta el 99% de estas muertes ocurren en los países denominados "en desarrollo", en circunstancias consi-

deradas evitables (WHO 2012; 2016). Esta inequidad en salud es determinada también por desigualdades en el acceso y calidad de los servicios de salud dirigidos a las poblaciones más vulnerables en los países de menores ingresos.

Al interior de estos países la mortalidad materna ocurre fundamentalmente en mujeres en situación de vulnerabilidad social (bajos ingresos económicos, hablantes de alguna lengua indígena, habitantes de localidades rurales, baja escolaridad, entre otras), debido a que dicha situación las coloca en una mayor probabilidad de enfrentar barreras geográficas, culturales y/o económicas en el acceso a una atención médica (Freyermuth, 2010). Además de estos obstáculos, los sistemas de salud dirigidos a atender a estas poblaciones presentan severas deficiencias de infraestructura, recursos materiales, organización y administración. A ello se suma que el personal de salud, a veces, tiene limitadas competencias técnicas y de trato para brindar una atención de calidad, determinando que se presenten situaciones de violencia a las usuarias durante la atención (De Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002).

El Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la mortalidad materna (GTR) (2017) considera que entre los principales retos que subsisten en las Américas con relación a la salud materna, se encuentra la baja calidad y trato poco respetuoso en la atención durante el embarazo, parto y posparto; así como una razón de mortalidad materna persistentemente alta. Además, se estima que por cada mujer que muere por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en la región, otras 20 (alrededor de 1.2 millones de mujeres) cada año sufren complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida.

De acuerdo con Bellamy (2019), aunque en México las cifras de violaciones al derecho a la salud materna son aún desconocidas, porque no todas se denuncian, sí se sabe que de todas las quejas que recibe la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), las relativas a la salud son las más numerosas. De manera particular —señala la misma autora— la CNDH emitió, de 2000 a 2016, 91 recomendaciones por violaciones del derecho a la salud materna. De estos casos, la mayoría tuvo un desenlace grave, ya que ya que en un 53.8% murieron los bebés, en un 11% las mujeres y en un 7.7% ambos. En tanto que el porcentaje restante (27.5%) estuvo asociado a cuestiones de clasismo, discriminación, autoritarismo, exclusión social, violación de la autonomía en las decisiones y violencia de género.

Las estadísticas más recientes indican que tres de cada 10 mujeres de 15 a 49 años, que tuvieron un parto o cesárea entre 2016 y 2021, vivieron malos tratos en la atención obstétrica. La prevalencia de los malos tratos

fue mayor en las cesáreas (33.4%) que en los partos (29.6%). Los malos tratos psicológicos y/o físicos tuvieron mayor presencia durante el parto (22.0%) que durante la cesárea (19.5%). Esa tendencia se invirtió en el tratamiento médico no autorizado, ya que fueron más las mujeres que tuvieron cesárea (23.7%) y se les realizó un tratamiento médico sin su consentimiento, que las mujeres que tuvieron un parto (16.9%). Respecto a la edad, se observó que las mujeres más jóvenes son las que recibieron más malos tratos obstétricos. Las mujeres entre 15 y 24 años tuvieron una prevalencia de 33.5%, seguido por aquellas de 25 a 34 (31.4%) y por las mayores de 35 años (25.8%) (INEGI, 2022).

Otras fuentes indican que, en los años 2014 y 2015 alrededor del 85% de las muertes maternas ocurrieron al interior de establecimientos de salud, en su mayoría hospitales (Observatorio de Muerte Materna, 2018). Parte de estas muertes pueden atribuirse a obstáculos para recibir una atención médica de calidad al interior de dichas unidades, tales como esperas prolongadas, desorganización de los sistemas de recepción y transferencia entre personal de distintos turnos laborales; así como deficiencias en el trato que se brinda a las usuarias por parte del personal médico y paramédico, que en muchas ocasiones no cuenta con suficiente capacitación.

Ante esta problemática existen algunos mecanismos de exigibilidad en el derecho a la salud materna, entre los que podemos mencionar la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Comisión Nacional de Derechos Humanos, así como las Comisiones de Derechos Humanos Estatales, las cuales se

encuentran cobijadas por diversas legislaciones nacionales y tratados internacionales.

También, se han realizado esfuerzos considerables para mejorar la salud materna y aunque muchos de ellos han sido efectivos, las estrategias implementadas para mejorar el trato, como el programa "Sí Calidad: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", así como diversas capacitaciones sobre "trato digno" realizadas en unidades médicas del país no han dado los resultados esperados, e incluso han sido consideradas un fracaso (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015).

La salud materna como asunto de derechos humanos

De acuerdo con Carpizo (2011, citado en Meza, 2020), la salud es un derecho que pertenece al marco normativo de los derechos humanos y se adquiere por el simple hecho de existir. La ONU (2000) señala que el derecho a la salud está constituido por dos esferas: libertades y derechos propiamente. Estos últimos se engloban en el derecho a un sistema de salud que otorgue oportunidades iguales para que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud. Por su parte, las libertades aluden al derecho de controlar la salud y el cuerpo; lo que incluye la libertad sexual y genésica, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados.

Desde 1996, la ONU, a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, enfatizó como medida prioritaria para garantizar el derecho a la salud, la creación de condiciones que permitan asegurar asistencia y servicios médicos (Meza, 2020), y desde la declaración universal ha resaltado

que la maternidad y la infancia tienen derecho al cuidado y asistencia especial (ONU, 1948, citada en López Arellano, López Moreno y Moreno Altamirano, 2015). De ahí que la salud materna desde los derechos humanos sea entendida como la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y el periodo posterior al parto. Esto incluye aquellas acciones que contribuyan a superar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna y asegurar que todas las mujeres, particularmente quienes han sido históricamente marginadas debido a su clase social, adscripción étnica, grado escolar, edad, condición socioeconómica, etc., gocen de un acceso efectivo a estos servicios (OEA, 2010).

Si conjugamos la Observación General 14 de la ONU (2000) con distintos referentes sobre salud materna podemos identificar cuatro grandes grupos de violaciones del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que corresponden con cada una de las dimensiones que constituyen tal derecho. Así, podemos decir que existen violaciones del derecho a la salud materna en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, tanto en su dimensión técnica, como en la interpersonal, que incluye el trato (véase la Tabla 1).

Esas violaciones a los derechos humanos pueden traducirse en esperas prolongadas, cadenas de errores, violencia obstétrica, exclusión y en los casos más graves el fallecimiento de las mujeres y/o de sus hijos (Bellamy, 2019). Otros efectos pueden ser el aumento en el número de cesáreas² (Villanueva-Egan, 2010), diversas formas de

² Derivado de tratar el parto como un trámite quirúrgico (Villanueva-Egan, 2010)

Tabla 1. Relación entre componentes de la Observación General 14 y violaciones del derecho a la salud materna

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud		Violaciones del derecho a la salud materna	
Elementos	Dimensiones	Tipo de violación	Ejemplos
<p>Disponibilidad.</p> <p>Suficiencia de establecimientos públicos de salud, con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Cuenta con personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, y con los medicamentos esenciales definidos por la OMS.</p>		Diseño de presu- puestos y espacios de atención ma-terna reducidos.	
		Falta de atención oportuna.	
<p>Accesibilidad.</p> <p>Establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles a todos, sin discriminación alguna.</p>	<p>No discriminación.</p> <p>Accesibilidad de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.</p>	Maltrato cultural y social en salud reproductiva.	Se refiere a la discrimina- ción de mujeres indígenas y pobres.
	<p>Accesibilidad física.</p> <p>Accesibilidad geográfica de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, por razón de edad, género, adscripción étnica, enfermedad, discapacidad, etc. Los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable. Además, el acceso a los edificios para las personas con discapacidades deberá ser adecuado.</p>		

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud		Violaciones del derecho a la salud materna	
Elementos	Dimensiones	Tipo de violación	Ejemplos
<p>Accesibilidad.</p> <p>Establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles a todos, sin discriminación alguna.</p>	<p>Accesibilidad económica.</p> <p>Los pagos por servicios de atención de la salud deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos. Y que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud.</p>		
	<p>Acceso a la información.</p> <p>Comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. El acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad.</p>		
<p>Aceptabilidad.</p> <p>Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, sensibles a los requisitos del género y al ciclo de vida. Deberán respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.</p>		<p>Procedimientos técnicos innecesarios en la relación madre-hijo.</p>	<p>Separar a las madres de sus bebés y que no se les permita tomar decisiones acerca de su cuidado; no permitirles permanecer con sus hijas/os cuando se encuentran en buen estado de salud, ni lactar sin restricciones; no permitirles recibir visitas de familiares; falta de atención de las madres; dejar a la mujer sola y sin acompañamiento psicoafectivo.</p>

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud		Violaciones del derecho a la salud materna	
Elementos	Dimensiones	Tipo de violación	Ejemplos
<p>Elementos</p> <p>Acceptabilidad.</p> <p>Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, sensibles a los requisitos del género y al ciclo de vida. Deberán respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.</p>		Maltratos y humillaciones.	Incluye frases expresadas en el trabajo de parto, tales como: "¿verdad que hace nueve meses no le dolía?", "si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo", referidas por personal médico y de enfermería cuando la mujer expresa dolor o temor.
		Maltrato cultural y social en salud reproductiva.	Se refiere a la burla o rechazo de las concepciones y prácticas culturales, de mujeres indígenas y pobres.
		Anulación y culpabilización.	Descrédito de la sintomatología de las mujeres y a la culpabilización de éstas ante las consecuencias de la violación de sus propios DDHH.

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud		Violaciones del derecho a la salud materna	
Elementos	Dimensiones	Tipo de violación	Ejemplos
<p>Calidad.</p> <p>Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.</p>		<p>Maltratos y humillaciones.</p> <p>Procedimientos técnicos innecesarios en el cuerpo de las mujeres.</p> <p>Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internas/os y residentes.</p> <p>Falta de atención oportuna.</p>	<p>Incluye el desnudo y la exposición de los genitales durante el tacto y el parto ante múltiples personas presentes, así como las batas cortas para las parturientas con listones rotos que exponen sus glúteos.</p> <p>Realizar el rasurado de pubis (tricotomía), enemas evacuantes, episiotomías y revisiones de la cavidad uterina de manera previa al parto; inducir el parto antes de las 42 semanas de embarazo y con uso de oxitócicos; usar sedantes y tranquilizantes con la madre; repetir la cesárea cuando se ha realizado en un parto previo; no permitirles ingerir líquidos; restringirles la posición materna horizontal (lito-tomía) en el trabajo de expulsión.</p> <p>Alude a casos de negligencia, de rechazo o retraso en la atención y de abandono.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Observación General 14 de la ONU y diversas referencias sobre malos tratos y violencia obstétrica

iatrogenia³, infecciones vaginales, así como dolor y agotamiento físico y mental⁴ (Secretaría de Salud, 2010; Chávez y Sánchez, 2018). El problema es de tal importancia que “no hay una causa única de muerte y discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de mortalidad y morbilidad materna” (OMS, citada en OEA, 2010, p. 6).

Además de las consecuencias en el cuerpo de las mujeres, la violación a los derechos humanos en el ámbito de la salud materna también tiene efectos en su subjetividad. Por ejemplo, algunas de ellas han manifestado sentir vergüenza cuando su intimidad es transgredida y se les realizan procedimientos ginecológicos en los pasillos (Chávez y Sánchez, 2018). Especialmente difíciles son las secuelas emocionales con las que deben lidiar ante la pérdida de sus hijos nonatos o neonatos. Podemos decir entonces, de acuerdo con Chávez y Sánchez (2018), que las violaciones al derecho de la salud materna tienen efectos emocionales porque para las mujeres “los sentires y los deseos implicados en el acto de dar vida representan el cierre de un ciclo importante” (p. 113).

Ante la magnitud del problema, desde distintos espacios se ha ejercido presión política y social para colocar a la salud materna como un derecho humano y una prioridad política internacional (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2012). Considerando que ésta no es una cuestión

individual, sino que representa un indicador de inequidades y desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios sociales, de salud y de nutrición (OMS, citada en OEA, 2010). Parte fundamental del abordaje de la salud materna como un derecho humano es la aprobación en 2009 —por parte de la ONU— de una resolución que considera a la muerte materna como una violación grave de los derechos humanos (GTR, 2017).

Ante la violación del derecho a la salud materna, es indispensable y urgente la generación de estrategias de exigibilidad al interior de los servicios públicos de salud que prevengan y sobre todo que resarzan dichas violaciones.

Mecanismos de exigibilidad en derechos humanos

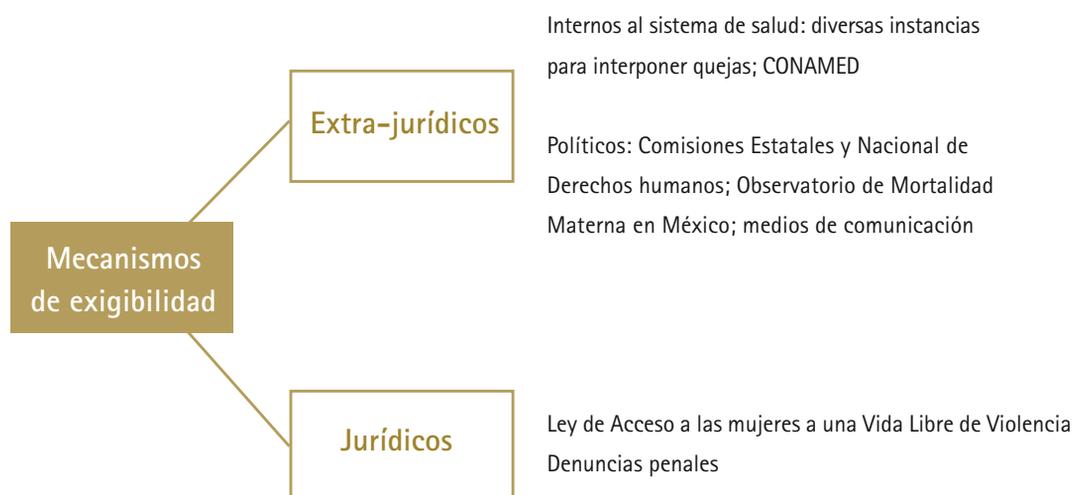
De acuerdo con Abramovich y Courtis (2004) la exigibilidad refiere a las posibilidades jurídicas o extrajurídicas que tienen los ciudadanos para demandar el cumplimiento de sus derechos. Retomando a dichos autores, en un trabajo anterior, hicimos un recuento de diversos mecanismos de exigibilidad para demandar el cumplimiento de las obligaciones del gobierno mexicano en materia de atención obstétrica (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015) y lo hemos ilustrado en la Figura 1.

Tal como se observa en la Figura 1, los mecanismos de exigibilidad extrajurídicos se subdividen en: internos al sistema de salud y políticos. Dentro de los primeros, juegan un papel importante todos los mecanismos de quejas instaladas en las distintas unidades médicas y en instancias delegacionales o jurisdiccionales. Especialmente importante es la CONAMED en tanto mecanismo pericial y

3 Debido a la administración de medicamentos innecesarios durante el parto (Secretaría de Salud, 2010; Chávez y Sánchez, 2018).

4 Como resultado de la realización de insistentes tactos vaginales después del parto (Secretaría de Salud, 2010; Chávez y Sánchez, 2018).

Figura 1. Mecanismos de exigibilidad en la atención obstétrica



de conciliación. Por su parte, los mecanismos de exigibilidad políticos como las comisiones de derechos humanos tienen facultades para emitir recomendaciones dirigidas a las autoridades sanitarias estatales; en tanto, el Observatorio de Mortalidad Materna en México constituye una instancia con capacidad para realizar ejercicios de contraloría y transparencia.

Por su parte, los mecanismos de exigibilidad jurídicos permiten a la población llevar sus inconformidades —por la prestación de servicios médicos inadecuados, o por malos tratos— a instancias judiciales con la capacidad de sancionar. Dentro de este rubro se menciona a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, ya que en algunas entidades federativas dicha ley tipifica la violencia obstétrica y ésta ha sido incorporada a algunos códigos penales.

Con base en los alcances y limitaciones de los mecanismos de exigibilidad disponibles en el ámbito de la salud materna, los hemos clasificado en tres grandes grupos: preventivos, disuasivos y de reparación. (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015) Véase Tabla 2.

Pese a su importancia, consideramos que ninguna de las medidas que se mencionan en la Tabla 2 es efectiva en situaciones de riesgo inmediato para la vida, como es el caso de las emergencias obstétricas. Por un lado, porque todos estos mecanismos de exigibilidad solo pueden utilizarse *a posteriori* y en corto plazo a partir de que ocurre una situación de riesgo, inconformidad o maltrato. De manera que la no resolución inmediata puede representar un riesgo importante para la vida de las mujeres.

La operación de cada uno de estos mecanismos requiere determinadas competencias políticas y/o jurídicas que en la mayoría de las

Tabla 2. Mecanismos de exigibilidad en salud disponibles en México

Tipos de mecanismos	Objetivo	Ejemplos
Preventivos	Corregir o fortalecer acciones en salud para evitar la ocurrencia de violaciones a los derechos humanos.	Demandas para que se implementen determinadas estrategias de capacitación, o aquellas que abogan por incrementos presupuestales.
Disuasivos	Inhibir conductas violatorias a los derechos humanos.	Ejercicios de rendición de cuentas y todos los mecanismos cuya consecuencia última es la sanción.
De reparación	Resarcir de alguna manera a la(s) víctima(s).	Indemnizaciones; disculpas públicas, y otras cuestiones simbólicas como placas conmemorativas, monumentos, etc.

ocasiones supone, para las víctimas, tener que recurrir a otras instancias, enlenteciendo la resolución y generándoles gastos significativos. Todo ello se suma a la pena por la pérdida de la salud, o de la vida de las mujeres y/o sus hijos.

Si bien, las sanciones a la violación de los derechos humanos favorecen la impartición de justicia y son necesarias, su uso excesivo y exclusivo como mecanismo de disuasión puede contribuir al incremento de una práctica médica defensiva que genera también riesgos a la salud, como ha sido observado por Robles-Elías, Peña-Nina, Díaz-Barriga y Robles-Morales (2014).

Este panorama pone en evidencia la necesidad y urgencia de estrategias de exigibilidad de mayor proximidad dentro de los servicios públicos de salud que prevengan y, sobre todo, solucionen de manera oportuna las violaciones al derecho a la salud de las usuarias de los servicios obstétricos.

Trabajo social, derechos humanos y poder

Aunque antigua, la relación entre trabajo social y derechos humanos ha sido discontinua y con vaivenes. Diversos autores consideran que dicha relación es histórica y política (Healy, 2008; Mellizo, 2014; McPherson, 2020; Vandekinderen, Roose, Raeymaeckers y Hermans, 2019). De manera particular, Healy (2008) afirma que la profesión tuvo un importante liderazgo en esta área incluso antes de la Declaración Universal de los Derechos humanos. Y posteriormente, después de la Segunda Guerra Mundial, se enfocó en el socorro y la reconstrucción social. En la misma línea Mapp, McPherson, Androff, y Gabe (2019) resaltan que las trabajadoras sociales de todo el mundo tienen una larga historia de trabajo en el ámbito de los derechos humanos, incluida una práctica basada explícitamente en la dignidad humana y la no discriminación.

Después de un periodo de poca visibilidad y participación internacional, particularmente en la década de los setenta, la Federación Internacional de Trabajo Social declaró en 1988 que el trabajo social siempre ha sido una profesión de derechos humanos (Healy, 2015). Actualmente, la literatura que asocia al trabajo social con los derechos humanos es abundante, incluso en la definición internacional —consensada en Australia en 2014— les enfatiza como uno de los pilares fundamentales de la profesión (FITS, 2022).

Algunos autores consideran que el trabajo social tiene una relación incuestionable con los derechos humanos, la cual orienta su práctica a la reducción de situaciones de injusticia económica y social con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas (Raya, Caparrós y Carabonero, 2018; Rodríguez-Otero, 2017). Otros argumentan que el vínculo entre trabajo social y derechos humanos es casi natural debido a que ambos comparten fuertemente la misma misión y los mismos valores (Healy, 2008). Todo esto ha llevado mantener viva la tesis de que el trabajo social es una profesión de derechos humanos (Healy, 2015; Mapp y otros, 2019), e incluso la ONU considera que el trabajo social es crucial en la defensa de estos (ONU, 1995).

De manera específica, en el ámbito de la salud, las trabajadoras sociales se insertan en los puntos de crisis en torno a problemas médicos (Downie, 2019), sin perder de vista que estos son necesariamente sociales (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018). Desde este enfoque, de acuerdo con Downie (2019), se espera que las trabajadoras sociales apoyen y defiendan a las personas en la toma de decisiones respecto a su tratamiento médico,

tomando en cuenta que los problemas en el ámbito de la salud tienden a surgir en cuatro situaciones: "Cuando el paciente carece de capacidad para consentir o no el tratamiento. Cuando los niños bajo el cuidado del Estado tienen disputas con los adultos sobre trato. Cuando el Estado impone restricciones a la autonomía de un individuo debido a consideraciones políticas. Y en situaciones en las que existe un conflicto con los derechos de los demás (Downie, 2019, p. 39)".

Por lo tanto, se requiere que las trabajadoras sociales no entiendan los problemas de salud como necesidades o problemas individuales, sino como un incumplimiento o violación de derechos humanos. De manera que sus acciones y reportes en el área de la salud no tendrían que limitarse a diagnósticos médicos o psiquiátricos, sino que también deberían tener un carácter político y social (McPherson, 2015, p. 107, citado en Mapp y otros, 2019).

La acción de las trabajadoras sociales en la defensa del derecho a la salud materna como un derechos humano se hace indispensable dado que: "El lenguaje médico, cargado de categorías científicas y de órdenes, descalifica de entrada al interlocutor, bloquea sus posibilidades expresivas y hace a un lado las necesidades significativas del paciente, tan importantes para el proceso curativo y para las adaptaciones que debe realizar quien se encuentra acosado por la incapacidad. (Villanueva-Egan, 2010, p. 13)".

Además, dadas las condiciones estructurales y relaciones de poder que se mantienen en el "espacio médico" este se convierte en un ámbito propicio para la perpetración de frecuentes violaciones a los derechos humanos

ejercidas tanto a usuarios como a personal de salud con menor jerarquía (Castro 2009). Esto es posible, en parte porque la función política y moral de la medicina ha favorecido un marco institucional donde su saber y su discurso son colocados en posición de mayor jerarquía que otros actores de los sistemas de salud. Como lo ha señalado Foucault, la vinculación de la medicina a los destinos de los estados dotó a ésta de una connotación positiva y de una fuerza normativa capaz de gestionar la existencia humana y de regir las relaciones individuales y sociales en términos físicos y morales (Foucault, 2006).

En este sentido, es importante no perder de vista que la relación trabajo social-medicina no ocurre al margen del conflicto, ni de relaciones de poder desiguales. Mientras que históricamente el saber médico ha estado legitimado y politizado (Foucault, 2006), el saber del trabajo social ha sido fuertemente cuestionado y deslegitimado (Donzelot, 2008; Foucault, 2001).

Es en este terreno desigual entre saberes y poderes que se hace necesario el derecho a la protección de la salud en los servicios obstétricos en las instituciones públicas de salud en México. Para ello proponemos la creación de una figura de interlocución y defensa del derecho a la salud materna, que detallaremos a continuación.

Las trabajadoras sociales como actores centrales en los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud materna

Pese a que, desde hace más de un siglo el trabajo social ha tenido presencia en el área de la salud, tal como lo demuestran los tra-

bajos del doctor Richard Cabot (Cabot, 1919; Miranda, 2008; Souza Bravo, 2013) y de la trabajadora social Ida Cannon (Cannon, 1913; Miranda, 2008), estos profesionales continúan en una posición subalterna a los médicos. Esto ha traído como consecuencia la reducción de su práctica a una lógica burocrática, que sigue de manera mecánica la dinámica institucional, dejando de lado demandas de educación en salud, prevención y viabilización del acceso a los servicios de salud de los usuarios, en tanto derechos (De Vasconcelos, 2009).

No obstante, afirmamos que tres razones fundamentales apuntan a las trabajadoras sociales como las idóneas para asumir el papel de defensoras de derechos humanos en el ámbito de la salud. La primera de ellas, y posiblemente la de mayor consideración tiene que ver con los principios éticos y profesionales del trabajo social, ya que la defensa de los derechos humanos y la búsqueda de justicia constituyen su base deontológica (Hare 2004; IFSSW 1988, citada en Healy 2008).

La segunda razón alude a la posición clave que las trabajadoras sociales desempeñan en el funcionamiento de los sistemas de bienestar social. En México, al igual que en muchos otros países, éstas atienden y gestionan los problemas entre los usuarios y la institución médica. La centralidad de estas profesionales entre los usuarios y los servicios de salud (Souza Bravo, 2013) podría situar su práctica bajo una serie de acciones que contribuyan a ampliar y facilitar el acceso al derecho a la salud (De Vasconcelos, 2009).

La tercera razón obedece a su condición de género, apelando a la existencia de

una sensibilidad compartida con las usuarias de los servicios obstétricos. Asumimos que cuando se trata de cuestiones relativas a las mujeres, la selección de métodos no responde a cuestiones abstractas, sino que se intenta responder a las necesidades que plantea la vida de las mujeres en una circunstancia específica (Castañeda, 2008).

Sumando lo anterior a la deontología profesional y a la posición organizacional de las trabajadoras sociales en las instancias de salud, retomamos la idea de De Oliveira y otras (2002) de crear una figura femenina que tutele los derechos humanos de las usuarias de los servicios obstétricos. Proponemos un mecanismo de exigibilidad interno a los sistemas de salud, accesible, próximo a las usuarias y de activación inmediata, en el que se conjunten conocimientos y estrategias de intervención en derechos humanos y en trabajo social. Si bien el mecanismo de exigibilidad de defensa de la salud materna que proponemos tendría como agentes centrales a las trabajadoras sociales, se trata de un mecanismo de carácter colectivo, en el que necesariamente participaría tanto el personal de salud de las distintas unidades, como las autoridades sanitarias.

Poder-saber, poder-poder y correlación de fuerzas en la defensa del derecho a la salud materna

El poder forma parte del trabajo social de distintas maneras y por diversas razones, ya que éste es inherente a todas las relaciones sociales, como ya lo apuntaba Foucault (2014). En este sentido, el poder hace parte de la red de relaciones que se generan en, a partir y, a tra-

vés de la intervención profesional, tal como ya lo han discutido ampliamente García Martín (2017) y Pelegrí Viaña (2004 y 2018).

Siguiendo el mencionado enfoque, caracterizamos dos formas de poder que atraviesan la práctica de las trabajadoras sociales en tanto agentes centrales del mecanismo de exigibilidad que estamos proponiendo. Un poder relacionado con el conocimiento al que, aludiendo a Foucault (2009), hemos nombrado poder-saber y otro vinculado al ejercicio de poder entre el personal médico y las trabajadoras sociales, al que hemos llamado poder-poder.

Hemos entendido el poder-saber, por un lado, como la apropiación⁵ de una serie de conocimientos en derechos humanos que se objetiven como poder en el discurso de las trabajadoras sociales y que legitime su acción; ya que como expresa Foucault "... el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que uno quiere adueñarse" (Foucault, 2009, p. 15).

Por otro lado, consideramos que a través de la práctica de trabajo social se ejerce un poder disciplinar, un saber técnico que es también una técnica de poder que regula y coacciona los cuerpos de las personas (Foucault, 2008), pero también, ese saber técnico y la posición ético-política de estas profesiona-

⁵ Definimos a la apropiación, recuperando los trabajos de Chapela y Jarillo (2001), como una manifestación del carácter emancipatorio de los sujetos dentro de un proceso pedagógico en el cual son ellos quienes utilizan la información-contextualizada en sus necesidades y valores-para transformar diversas situaciones problemáticas en su vida cotidiana, en este caso en el cotidiano profesional.

les puede interpelar al poder de la institución médica (para una discusión más amplia, véase Sepúlveda y Mancinas, 2021). Esto es posible, por ejemplo, cuando trabajo social concibe a las usuarias de los servicios obstétricos como sujetas con derechos y no como sujetas subordinadas al saber y a la posición organizativa de los médicos en los servicios de salud.

En este sentido, diversas autoras arguyen (Falla; 2016; Santos y Noronha, 2013) que las trabajadoras sociales ejercen poder mediante el manejo de diversos instrumentos, a través de los cuáles se decide otorgar o no un "beneficio" a los ciudadanos, o cuando su opinión profesional influye en decisiones institucionales que afectan a estos. El uso de tales instrumentos se acompaña, en la literatura profesional más progresista en el tema de salud, de una comprensión del otro como un sujeto que padece no solo una condición biológica, sino también una condición social.

Esta última posición, piensa a los cuerpos de las mujeres como un espacio que ha sido apropiado y controlado por una visión patriarcal de la salud materna (Madrid, 2019) y por lo tanto requiere ser reivindicado desde una mirada genérica y disciplinar diferente, tal como apuntan los trabajos de Madrid (2019) y Whaldorn (2019). Ellas piensan a las usuarias de los servicios de salud atravesadas por su posición de género. Además de las autoras antes citadas, De Vasconcelos (2008) y Souza Bravo (2013) interpelan el modelo hegemónico en la atención a la salud partiendo de que ésta es un derecho y, por lo tanto, las cuestiones de salud no son solo biológicas, sino también sociales y políticas; de manera que la práctica del profesional de trabajo social se enfocaría en éstas últimas.

El poder-saber de las trabajadoras sociales implicaría movilizar recursos de mediación, negociación e interlocución con las usuarias, así como acciones de cabildo y abogacía con el personal y las autoridades del sistema de salud. Lo que se podría concretar en dos grandes grupos de estrategias de exigibilidad del derecho a la salud materna:

1. Detección de violaciones al derecho de protección de la salud en sus múltiples dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (véase la Tabla 1).
2. Dependiendo de las problemáticas detectadas, se podrían poner en marcha las siguientes acciones:
 - Llevar a cabo medidas de contención de crisis que faciliten la comunicación de las usuarias inconformes con la trabajadora social.
 - Brindar información pertinente sobre el derecho a la salud y/o gestionar que ésta sea dada de manera adecuada.
 - Negociar con el personal médico, paramédico y administrativo para modificar una conducta violatoria o potencialmente violatoria del derecho a la salud materna de las usuarias.
 - En caso de no poderse solucionar la inconformidad de la usuaria, la trabajadora social puede mantener un diálogo con autoridades hospitalarias y del sistema de salud para gestionar una solución a corto plazo.
 - Realizar acciones de monitoreo, sistematizando las inconformidades de las usuarias.
 - Con base en los resultados del monitoreo emitir propuestas de mejora que

permitan garantizar el derecho a la salud materna.

En suma, el poder-saber abarca un conocimiento técnico que deviene del conocimiento disciplinar e interdisciplinar, pero también alude a ese poder no se concrete en los cuerpos mediante acciones de control o coacción, sino en mecanismos de protección y acompañamiento. Lo que idealmente redundaría en un ejercicio profesional que "permita visibilizar la jurisprudencia, disputar los sentidos en las prácticas cotidianas y desempañarse desde una perspectiva de género y de derechos humanos" (Whaldorn, 2019, p. 281).

Por su parte, definimos el poder-poder como la capacidad real de las trabajadoras sociales para modificar, reducir y limitar acciones, procesos o actitudes del personal de salud que potencialmente puedan ser violatorias de los derechos obstétricos de las usuarias.

Para que el poder-poder pueda constituirse como tal y conduzca al empoderamiento de las trabajadoras sociales, pensamos que es indispensable, aunque no suficiente, que éstas cuenten con reconocimiento y legitimación por parte de autoridades clave del sistema de salud (directores hospitalarios, de subsistemas y/o de programas) como defensoras del derecho a la salud materna. Esto se hace necesario porque como afirma Laurell (1989 citada en Da Costa, 2009) la división social y técnica del trabajo en los servicios de salud implica relaciones de poder entre unidades, servicios y profesiones, así como una jerarquía interna entre departamentos, sectores, categorías profesionales, trabajadores, saberes y habilidades.

En ese sentido, no desconocemos que las prácticas del trabajo social y de la medicina se encuentran profundamente diferenciadas. La

medicina, en su vinculación con los destinos del Estado, ha tenido una significación positiva porque "[...] recibe la hermosa tarea de instaurar en la vida de los hombres las figuras positivas de la salud, de la virtud y de la felicidad [...]" (Foucault, 2006, p. 60). En tanto que el trabajo social ha sido acusado de formar parte de los dispositivos de Estado que delimitan y "parten" a las familias. Al respecto Donzelot (2001) considera que "Una familia a donde llega una asistente social es una familia designada como perteneciente a una determinada población rechazada o rechazable [...]" (p. 181).

Esa distinción se ha reflejado en la subalternidad de la práctica del trabajo social a la medicina. Incluso, dicha subalternidad es esquematizada en los organigramas de funcionamiento administrativo de las unidades de salud, en las que siempre las trabajadoras sociales se encuentran en un nivel jerárquico inferior a las/os médicas/os (Martínez Sierra, 2019). De acuerdo con Verdés-Leroux (1986, citado en Souza Bravo, 2013), la práctica de trabajo social se encuentra predeterminada desde el momento en que no promueve funciones nuevas, propias de su categoría profesional, sino que éstas se encuadran en una estructura ya predefinida. Y en dicha estructura, habitualmente, las trabajadoras sociales actúan sobre una demanda que no es suya, sino del médico, centrándose en complementar las actividades de éste (Souza Bravo, 2013; Nava y Almanza, 2021).

Pese a las diferencias mencionadas, la propuesta que presentamos considera que solo la correlación de fuerzas políticas⁶ entre actores y saberes conducirá a la legitimidad política y disciplinar de las trabajadoras sociales como defensoras del derecho a la salud

materna. Por ello, es fundamental que estas profesionales desarrollen un *expertise* para identificar y mediar entre las distintas correlaciones de fuerzas que se manifiestan en el área de la salud (Grandini y Silva, 2018). Lo que requiere concebir la intervención profesional "como una confrontación de intereses, recursos, energías y conocimientos, inscrita en el proceso de hegemonía/contra-hegemonía, de dominación/resistencia y conflicto/consenso que los grupos sociales desarrollan a partir de sus proyectos societarios básicos, fundados en las relaciones de explotación y de poder" (Faleiros, 2008, p. 44, citado en Grandini y Silva, 2018, p. 64).

En resumen, consideramos la intervención de las trabajadoras sociales en la defensa de los Derechos humanos como un proceso contradictorio entre poderes, saberes y actores. Como un espacio en el que pese al carácter típicamente subalterno de la profesión en el área de la salud, el énfasis de sus principios ético-profesionales en la defensa de los derechos humanos, sumados a la legitimación de saberes mediante un proceso de desarrollo de conocimiento y habilidades sobre el tema, así como al reconocimiento y respaldo público de las autoridades de salud, pueden generar una correlación de fuerzas

idónea para lograr una intervención efectiva en la exigibilidad del derecho a la salud en los servicios obstétricos.

Conclusiones

El empleo de distintas vías de exigibilidad de derechos humanos es fundamental para demandar al Estado la realización de medidas específicas que garanticen a las usuarias de servicios obstétricos el disfrute del derecho a la protección de la salud. Parte de estas medidas, además de la implementación de mejoras en el acceso y en la calidad de los servicios obstétricos, precisan la generación de estrategias que posibiliten la detección oportuna de violaciones a los derechos humanos de las usuarias de los servicios salud.

La implementación de estrategias de exigibilidad internas a los sistemas de salud es un proceso complejo y contradictorio que da cuenta de relaciones de poder y de saber en donde la práctica del trabajo social ocupa una posición subalterna a la medicina. No obstante, existen elementos propios a su base deontológica y a su saber experto, así como otros relativos a la estructura de los sistemas de salud, que colocan a las trabajadoras sociales como idóneas para desempeñar el rol de agentes esenciales en la constitución y viabilización de un mecanismo de exigibilidad interna a las unidades de salud, que tutele el derecho a la protección de la salud de las mujeres. De esta manera se estaría contribuyendo a mejorar la calidad de la prestación médica y consecuentemente a disminuir la mortalidad materna, sin subordinar la especificidad profesional al saber médico.

6 Aunque este texto no se inscribe en la tradición de pensamiento gramsciano, nos parece pertinente retomar la esencia de su categoría relaciones de fuerzas. Para Gramsci, las relaciones de fuerzas aluden a un proceso constituido por diferentes momentos o pasajes políticos, en que ningún elemento por sí mismo produce acontecimientos fundamentales. Por ejemplo, "La cuestión particular del bienestar o material económico como causa de nuevas realidades históricas es un aspecto parcial de la cuestión de las relaciones de fuerzas en sus diversos grados" (Gramsci 1980, p. 16, 17).

Referencias

- Abramovich V., Courtis C. (2004). Los derechos humanos como derechos exigibles. Trotta. Madrid.
- Bellamy C. (2020). Violencia institucional y violación del derecho a la salud: Elementos para repensar la exigibilidad del derecho a la salud en el México actual. *Revista Latinoamericana de Derechos humanos*, 30(2). Recuperado de <https://doi.org/10.15359/rldh.30-2.6>
- Cabot R. (1919). *Social work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. Ed. Cambridge University. Boston and New York.
- Cannon I. (1913). *Social work in hospitals: A contribution to progressive medicine*. Ed. Russell Sage Foundation. New York.
- Castro R. (2009). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En *poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, editado por R. Castro y A. López-Gómez. Montevideo, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de la República.
- Castañeda M.P. (2008). *Metodología de la investigación feminista*. Ed. Fundación Guatemala. Antigua. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chapela C. y Jarillo E. (2001). Promoción de la Salud, siete tesis del debate. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*; (79).
- Chávez M., y Sánchez N. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. *Revista Col. San Luis [online]*, vol.8, n.16. Recuperado de <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
- Da Costa M. (2009). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. En Mota, A., Souza, Bravo, M.I., Uchoa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., y Teixeira, M. (Orgs). *Serviço social e saúde. Formação e trabalho profissional*. Ed. Cortez. Sao Paulo.
- De Oliveira, A.F., Diniz S.G., Schraiber L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*. 359(9318)
- De Vasconcelos, A. M. (2009). Serviço social e práticas democráticas na saúde. En: Mota A., Souza, Bravo M.I., Uchoa R., Nogueira V., Marsiglia R., Gomes L., y Teixeira M. (Orgs). *Serviço social e saúde. Formação e trabalho profissional*. Ed. Cortez. Sao Paulo.
- FITS (2022). Definición global del trabajo social. En Línea. Recuperado de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Donzelot J. (2008). *La policía de las familias*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Donzelot J. (2001). Trabajo social, control y normalización. En A. Chambon, A. Irving y L. Epstein (Eds.), *Foucault y el Trabajo Social*. Maristán. Granada.
- Downie M. (2019). Human rights and medical issues. En Harms-Smith L., Martínez-Herrero, M. I., Arnell P., Bolger, J. Butler-Warke, A., Cook, W. Downie, M. Farmer, N. Jack Nicholls J. y MacDermott D. (Autores). *Social work and human rights: A practice guide*. Reino Unido. BASW. The Professional Association for Social Work and Social Workers.
- Falla U. (2016). La intervención como forma de poder en el trabajo social. *Tabula Rasa*, No.24.
- Foucault M. (2008). Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Ed. Siglo XXI, México.
- Foucault M. (2009). *El orden del discurso* Tusquets Editores, México.
- Foucault M. (2006). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Ed. Siglo XXI, México.
- Foucault M. (2001). Trabajo Social, control y normalización. En A. Chambon, A. Irving y L. Epstein (Eds.), *Foucault y el Trabajo Social*. Maristán. Granada.

- Foucault M. (2014). Historia de la sexualidad/Vol. 1. La voluntad de saber (Vol. 1) Ed. Siglo XXI, México.
- Freyermuth G. (2010). Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. México, D.F, CONEVAL. Recuperado de <http://www.coneval.gob.mx/rw/pages/informespublicaciones/otroestudios.es.do>
- García Martín L. (2017) Vigilar y corregir: el trabajo social en las obras de Michel Foucault y Jacques Donzelot. Cuadernos de trabajo social. 30(2),
- GrandiniC., y Silva R. (2018). A atuação do assistente social: correlações de forças na saúde. *Revista Multidisciplinares*, v.2, n.2 Palmas-TO.
- Gramsci A. (1980). Análisis de las situaciones. Relaciones de fuerzas. *Nueva Antropología*, IV (15- 16).En línea. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/15/pr/pr1.pdf>
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) (2017). Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp%20%281%290.pdf>
- Hare I. (2004). Defining Social Work for the 21st Century: The International Federation of Social Workers. Revised Definition of Social Work. *International Social Work*, 47(3)
- Healy L. M. (2008). Exploring the history of social work as a human rights profession. *International Social Work*, 51(6)
- INEGI (2022). Comunicado de prensa núm. 485/22 30 de agosto de 2022. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2021. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021Nal.pdf>
- López Arellano O., López Moreno S., Moreno Altamirano, A. (2015) El derecho a la salud en México. En: López Arellano y López Moreno (Coords), *Derecho a la Salud en México*. México. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Madrid L. (2019). Concepciones en torno al proceso salud-enfermedad-atención. Malnutrición e intervención profesional. En: Paradela L. y Redondi V, *Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud*. Ed. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- McPherson J. (2020). Now is the time for a rights-based approach to social work practice. *Journal of Human Rights and Social Work*. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s41134-020-00125-1>
- Martínez Sierra P.D. (2019). Los médicos y sus representaciones sociales sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Aragón.
- Mapp S., McPherson J., Androff D. y Gatenio Gabel, S. (2019). Social work Is a human rights profession. *Social Work*. Volume 64, Number 3.
- Meza A. (2020). ¿Cuál es el marco normativo de la salud en México? En Meneses y Freyermuth (Eds.), *Contribuciones desde la antropología médica y la salud pública para personal de salud en regiones indígenas y rurales*. Instituto Nacional de Salud Pública y CIESAS. México.
- Meza A., Mancinas S., Meneses S., y Meléndez D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5).
- Mellizo W. H. (2014). Trabajo social, derechos humanos y cuestión social: una praxis ético-política en tiempos de globalización. *Dialéctica Libertadora*, (2).
- Miranda M. (2008). Historia e identidad del trabajo social en salud. *Revista Trabajo Social y Salud*. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Servicio de Medicina Preventiva y Social. Hospital Clínico Universitario. No. 60.

- Nava N., y Almanza N. (2021). Trabajo Social en las instituciones de salud. Una aproximación crítica a las representaciones y prácticas. UNAM. Escuela Nacional de Trabajo Social. México.
- Nucci N., Crosetto R., Bilavcik, C., y Miani, A. (2018). La intervención de trabajo social en el campo de la salud pública. *ConCienciaSocial*. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1. No. 2.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Observatorio de la mortalidad materna en México, (2018). Numeralia 2014 y 2015. Recuperado de <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>
- ONU (1995). Centro de derechos humanos. Serie de capacitación profesional N.º1 Derechos humanos y trabajo social. Manual para escuelas de servicio y trabajadores sociales profesionales. Nueva York y Ginebra.
- ONU (2000). Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. ONU E/C.12/2000/4. Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- ONU (2012). Consejo de Derechos humanos de las Naciones Unidas. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. ONU. A/HRC/21/22. Recuperado de <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22sp.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (OEA) 2010. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Pelegrí Viaña, X. (2004). El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault. Cuadernos de Trabajo Social No. 17, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.
- Pelegrí Viaña, X. (2018). Repensando el poder de los profesionales del trabajo social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. no. 212. ISSN 0212-7210.
- Raya-Díez E., Caparrós-Civera N. y Carbonero-Muñoz D. (2018). Derechos humanos y trabajo social: vinculaciones conceptuales y prácticas. *Trabajo Social Global –Global Social Work*, 8, N.º extraordinario.
 DOI: 10.30827/tsg-gsw.v8i0.6509
- Rodríguez-Otero, L.M. (2017). Paradigma de Derechos humanos en Trabajo Social. En Mancinas, S., Zúñiga, M., Arroyo, C., Rodríguez-Otero, L., y Tamez, B., Teorías y modelos de intervención en trabajo social. Fundamentos básicos y crítica. Ed: UANL y Res Pública.
- Robles-Elías F.J., Peña-Nina D, Díaz-Barriga E. (2014). ¿Despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: Medicina y Derecho. *Ginecol Obstet Mex*; 82(12).
- Santos C., y Noronha K. (2013). O estado da arte sobre os instrumentos e técnicas de intervenção profissional do assistente social. En Forti V., y Guerra Y. (Orgs). *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. Ed. Lumen Juris, Río de Janeiro.
- Secretaría de Salud (2010). Testimonio de una médica residente ante la violencia obstétrica institucionalizada. Género y salud en cifras. Vol. 8. No. 3. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25685/SepDic10.pdf>
- Sepúlveda M. y Mancinas S. (2021). Participación política de trabajadoras sociales en áreas de intervención tradicionales y emergentes. *R. Katál.*, Florianópolis, v.24, n. 3.
- Souza Bravo, M.I. (2013). Saúde e serviço social no capitalismo. Fundamentos sócio-históricos. Ed. Cortez. Sao Paulo.
- Vandekinderen C., Roose R., Raeymaeckers P. y Hermans K. (2019): The DNA of social work as a human rights practice from a frontline social workers perspective in Flanders, *European Journal of Social Work*.
 DOI: 10.1080/13691457.2019.1663408

- Villanueva-Egan L.A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, vol.15, núm. 3, julio-septiembre, 2010 ISSN 1405-6704.
- Whaldorn G. (2019). Aborto legal, seguro y gratuito e intervención profesional. En: Parabela L. y Redondi V. *Salud y Trabajo Social. Procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud*. Ed. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires.
- World Health Organization WHO (2016a). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226eng.pdf>
- WHO (2012). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva. WHO. Recuperado de <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/TrendsInMaternalMortalityA4-1.pdf>
- WHO (2016b). Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response (MDSR). World Health Organization. Maternal, newborn, child, and adolescent health.