



NOTAS Y DEBATES DE ACTUALIDAD

UTOPIA Y PRAXIS LATINOAMERICANA – AÑO 20. N° 68 (ENERO-MARZO, 2015) PP. 113 - 120
REVISTA INTERNACIONAL DE FILOSOFÍA IBEROAMERICANA Y TEORÍA SOCIAL
ISSN 1315-5216 ~ CESA - FACES - UNIVERSIDAD DEL ZULIA. MARACAIBO-VENEZUELA

Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica

Routine Behaviors in Birth Care that Constitute Obstetrical Violence

Marbella CAMACARO, Mariangel RAMÍREZ,

Lisette LANZA y Mercedes HERRERA

Facultad de Ciencias de Salud, Escuela de Medicina. Aragua, Venezuela.

Unidad de Investigación y Estudios de Género, Universidad de Carabobo, Venezuela.

Hospital Central de Maracay, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Venezuela.

Resumen

Se demostrará que algunas conductas de rutina de la praxis médica-obstétrica hegemónica constituyen actos de violencia de género según la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia LODMVLDV* (artículos N° 13 y 51). Se trabajó con parturientas atendidas en sala de Obstetricia del Hospital Central de Maracay, Venezuela. Investigación epidemiológica, analítica, transversal, prospectiva. Población: 800 embarazadas; muestra: 160 embarazadas. Resultados: Aplicación de oxitócicos sin autorización: 83,3%; Episiotomía como rutina: 75%. Estimulación de los pezones: 86,7%; Exploración del útero postparto: 97,7%; Discusión: Basado en la *LODMVLDV* se evidenció que dichas conductas de rutinas obstétricas constituyen actos de violencia obstétrica la cual se define como un tipo de violencia de género.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Violencia Médica, Parto médico, Ley Orgánica.

Abstract

The study will demonstrate that some routine behaviors of hegemonic medical-obstetric practice constitute acts of gender violence according to the Organic Law on the Right of Women to a Violence-Free Life (*LODMVLDV*, articles No. 13 and 51). The work was carried out with birthing women attended in the obstetrical ward of the Central Hospital in Maracay, Venezuela. The research was epidemiological, analytical, cross-sectional and prospective. Population: 800 pregnant women; the sample was 160 pregnant women. Results: Unauthorized application of oxytocins, 83.3%; routine episiotomy, 75%; breast stimulation, 86.7%; post-partum uterine exploration, 97.7%. Discussion: Based on the *LODMVLDV*, it was shown that these routine obstetrical behaviors constitute acts of obstetrical violence, which are defined as a type of gender violence.

Keywords: obstetrical violence, medical violence, medical birth, Organic Law.

INTRODUCCIÓN

Acercarnos a la discusión del discurso y la praxis de la atención obstétrica, pautados en el modelo hegemónico hospitalario de Venezuela, pone en el tapete las más recias contradicciones entre lo natural y lo cultural; maternidad como destino o decisión de vida; producción y reproducción; salud y enfermedad; saber de las mujeres y saber científico; maternidad biológica y maternidad social, en fin, es una discusión que entraña implica las más controvertidas posturas sociales.

Esta línea de investigación se inscribe como uno de los debates prioritarios de la agenda, nacional e internacional, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres, ya que Venezuela ha firmado convenios internacionales vinculados con los derechos de las mismas. De esos tratados los que más han dado impulso a la protección y promoción de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, han sido los firmados en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas* (1994) realizada en el Cairo, y en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* celebrada en Beijing (1995). Estas dos conferencias condujeron al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres es un asunto de justicia social, y que el logro de la salud tiene como vía el mejoramiento de la aplicación de los derechos humanos contenidos en las Constituciones nacionales existentes y en los tratados regionales e internacionales de los derechos humanos.

Venezuela, dando respuesta a los compromisos internacionales, cuenta con una Constitución y con algunas leyes y normas que fortalecen la lucha por el cumplimiento de los derechos a la salud sexual y reproductiva. Dichos instrumentos se han consolidado gracias, entre otras razones, a la presión de los movimientos de mujeres y de algunos hombres comprometidos, pertenecientes a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como al trabajo de mujeres académicas.

En esta investigación se centrará el interés en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*¹, aprobada el 15 de Marzo de 2007, siendo éste el primer instrumento legal en toda América latina que cataloga algunas conductas de rutina obstétrica que se norman en los hospitales del país como violencia de género. Basadas en esta ley se determinará las conductas rutinarias obstétricas que conducen a la violencia obstétrica. Dicha Ley en el capítulo III contempla las definiciones y formas de violencia contra las mujeres, y en su artículo 15 define violencia obstétrica:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres².

Así mismo, en el Capítulo VI de los delitos, en el artículo 51, considera como actos constitutivos de violencia obstétrica, los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

1 *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (2007).

2 *Ibidem*.

- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole a esta, la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Este acercamiento a los marcos regulatorios que norman las conductas profesionales en el área de la salud, y especialmente en la salud sexual y reproductiva, da cuenta del aval legal y de la importancia de investigaciones que pretendan acercarse a develar los discursos y las prácticas dominantes que han cercenado la vida de las mujeres, en nombre de un saber y un poder construido desde la visión androcéntrica de la medicina.

Estudios sobre violencia obstétrica sustentan que las mujeres, una vez que ingresan en las salas obstétricas hospitalarias, son evaluadas desde una concepción biologicista, privilegiando solo los signos y síntomas estrictamente orgánicos; en base a estos, son clasificadas como pacientes obstétricas de alto riesgo o pacientes de bajo riesgo, estas últimas vienen a conformar un grupo humano, que desde lo epidemiológico, no entraña un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o de mortalidad, ni ellas, ni el feto ni el/la neonato/a. Sin embargo, las normas médicas exige que sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales, la mayoría de las veces, no discriminan o individualizan las necesidades psicosociales de dichas mujeres, ocasionando efectos secundarios, que no son medidos ni evaluados por la obstetricia académica oficial³.

Objetivo General:

Analizar si las conductas de rutina obstétrica pautadas en la sala de hospitalización del *Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay* (HCM/Venezuela) incurren en actos de violencia obstétrica, tomando en cuenta lo contemplado en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Objetivo Específico:

Determinar cuáles son las conductas de rutina obstétrica, pautadas en la sala de hospitalización del *Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay* (HCM/Venezuela), que son tipificadas como actos constitutivos de violencia obstétrica según lo contemplado en los Artículos 15 y 51 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente es una investigación de tipo epidemiológico, analítico, transversal, prospectivo.

Londoño⁴, dice que la epidemiología es una rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población humana, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población. Un estudio analítico, señala, se realiza para probar hipótesis específicas relacionadas con los factores que se presume están asociados con la presencia de una enfermedad. Define asimismo que un estudio transversal es el que mira eventos presentes como son las encuestas de prevalencia que muestran

3 CAMACARO CUEVAS, M (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Dirección de Medios y Publicación. Departamento de Producción Editorial. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

4 LONDOÑO, F JL (1994). *Metodología de la investigación epidemiológica*. 3ª ed. Medellín, Colombia.

la frecuencia y las características que se presentan en el momento. Especifica que lo prospectivo es el estudio del impacto que tiene en la población un programa que se inicia en el momento.

Estadísticamente todo estudio posee una población y una muestra, siendo la población cualquier conjunto de elementos en los cuales pretendemos indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación, y la muestra es una parte de la población, es decir, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente. La muestra es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares⁵.

Por el tipo de investigación se optó por una muestra intencional, la cual permite elegir una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación⁶.

Población: 800 mujeres; **muestra:** 160 mujeres (20%), de las cuales fueron elegidas intencionalmente en la sala de hospitalización del *Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay*, que fueron atendidas en trabajo de parto en la emergencia obstétrica.

Institución Hospitalaria: Se resalta que cualquier institución pública que tenga asistencia obstétrica podía ser un espacio válido para el levantamiento de la información, porque la atención médica obstétrica venezolana cumple con un patrón, -una normatización/estandarización de rutinas de trabajo- a nivel de todo el país, cuyas variaciones, entre instituciones, son imperceptibles, dado que se funda en un discurso hegemónico de la ciencia médica, cuyos sistemas de significantes sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva instauran a su vez un modelo único de asistencia médica.

Se seleccionó el *Hospital Central de Maracay*, ubicado en el Estado Aragua/Venezuela porque oferta apoyo docente a la Universidad a la que pertenece este equipo de investigadoras, garantizando la factibilidad del desarrollo de la investigación.

Técnicas del estudio: El instrumento de recolección de datos se basó en un cuestionario conformado por 13 preguntas, con respuestas de opciones cerradas, utilizando como parámetros el artículo 15 y 51 de la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*.

Para este estudio se tomó en cuenta las consideraciones éticas descritas en los artículos del Capítulo II de la *Ley venezolana del Ejercicio de la Medicina* vigente, relacionados con la investigación científica epidemiológica⁷.

RESULTADOS

Una vez que se indagó sobre las conductas de rutina obstétrica que se llevan a cabo en el *Servicio de Obstetricia del HCM* para dar atención a los partos, tomando en cuenta lo establecido en los artículos 15 y 51 de la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, se obtuvieron los siguientes resultados:

5 BALESTRINI, M (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación*. Consultores Asociados SE, Caracas.

6 MARTÍNEZ M, M (2006). "La investigación cualitativa: síntesis conceptual". *Revista de Investigación Psicológica*. nº. 9, pp. 123-146.

7 *Ley del Ejercicio de la Medicina*, 2011.

Tabla 1. Uso de oxitócicos

Uso de Oxitócicos	Porcentaje
Aplicación de oxitócicos	80%
Aplicación de oxitócicos con autorización	16,7%
Aplicación de oxitócicos sin autorización	83,3%

Al evaluar la aplicación de oxitócicos como conducta de rutina, se evidencia que al 80% de las embarazadas se lo suministraron, lo que pone a dichas embarazadas en una situación de riesgo a desarrollar complicaciones por el uso del mismo, ya que la aplicación de dicho medicamento debe ser realizada en condiciones estrictamente necesarias, respondiendo a las condiciones individuales de cada caso. Su aplicación no debe ser una pauta de rutina como mecanismo para acelerar los trabajos de parto, por ello la OMS expresa que no está claro que el uso de la oxitocina para acelerar el parto ofrezca ningún beneficio a las mujeres o a los fetos, así mismo recomienda que sólo se debe suministrar con una indicación válida⁸.

La tabla 1 también evidencia que al 88,3% de las mujeres a quienes les aplicaron oxitócicos, no se les solicitó consentimiento informado para la aplicación de los mismos, violando así su derecho a estar informadas sobre los procedimientos que están siendo aplicados a su cuerpo. Estos datos demuestran que no se cumple con lo establecido en la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* en su artículo 51, numeral 4, el cual contempla que alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer constituye violencia obstétrica.

Es importante evidenciar que la aplicación de oxitócicos como pauta de rutina conlleva la toma de vía endovenosa lo que dificulta la movilidad y conlleva a mantener a las embarazadas en posición acostada durante el trabajo de parto derivándose de ello una serie de complicaciones que no favorecen el momento del parto.

Tabla 2. Episiotomía como conducta de rutina

Realización de episiotomía	Porcentaje
Sí	75%
No	25%

En la tabla 2 se evidencia que la realización de la episiotomía constituye una pauta de rutina obstétrica, ya que al 75% de las mujeres con partos por vía vaginal se les realizó la episiotomía. Este alarmante porcentaje demuestra que en la sala de hospitalización del *Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay*, con la realización de episiotomías de manera indiscriminada, se comete un acto de violencia obstétrica, tomando en cuenta el artículo 15 de la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, el cual define como violencia obstétrica el abuso de

8 Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Grupo Técnico de Trabajo, http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf.

medicalización y patologización de los procesos naturales, lo que conduce a la pérdida de autonomía y capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en su calidad de vida. La episiotomía como conducta obstétrica de rutina responde a una concepción del parto como una enfermedad, dado que abusan del uso de medicamentos, patologizando un proceso natural, pues el uso rutinario de oxitócicos lo justifican los/as obstetras como una medida para evitar desgarro cuando en realidad los desgarros ocurren por el uso rutinario de oxitócicos que aceleran artificialmente el trabajo de parto, sin darle tiempo natural al proceso y aumentando artificialmente las contracciones, ocasionando así una salida abrupta de la cabeza del/la neonato/a. Incluso en el caso de ocurrir desgarros algunas investigaciones concluyen que a las mujeres a las que no se les realizó episiotomía y presentaron desgarros grado I ó II tuvieron un periodo de recuperación más rápido y experimentaron menos dolor y molestias en comparación con el grupo con episiotomía. Del mismo modo explican que la episiorrafia genera una experiencia dolorosa más intensa y duradera que la presencia de desgarros leves (I ó II) o la no realización del procedimiento⁹.

La episiotomía no se justifica como procedimiento de rutina, se debe considerar necesaria solo en casos de parto vaginal complicado, cicatrices genitales o desgarros III o IV grado mal curados, y sufrimiento fetal¹⁰.

Tabla 3. Estimulación de los pezones

Estimulación de pezones	Porcentaje
Sí	86,7%
No	13,3%

La tabla 3 evidencia que al 86,7% de mujeres les indicaron que debían realizar la autoestimulación de los pezones con la finalidad de incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento. Esta conducta de rutina impacta negativamente en el apego precoz del recién nacido o nacida, ya que las indicaciones a favor de la lactancia materna señalan que se debe poner inmediatamente el/la recién nacido/a al pecho de la madre. Con dicha conducta se incurre en un acto de violencia obstétrica, tal y como lo contempla el artículo 51, en su numeral 3, el cual sustenta que constituye violencia obstétrica el obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer.

Tabla 4. Revisión obstétrica como proceso rutinario

Realización de revisión obstétrica	Porcentaje
Sí	97,7%
No	2,30%

9 MEJIA, M (2004). "¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Colombia Médica*, n°. 35, p.2.

10 MAZIA, G (2008). "Evidencia de los beneficios del apego precoz", in: <http://www.basics.org/reports/apego-precoz.pdf>

En la tabla 4 se observa un alarmante porcentaje de 97,7% de parturientas sometidas a revisión uterina, lo que significa que después del parto son expuestas nuevamente a medicamentos (oxitócicos) para acelerar la expulsión de la placenta, además de someterlas a una limpieza uterina que lesiona innecesariamente el endometrio, conducta que se sigue bajo la justificación médica de prevenir que haya quedado un resto placentario que pueda ocasionar problemas posparto. La revisión uterina se considera una conducta médica de excesivo abuso de la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo, quedando demostrado que este procedimiento usado como rutina constituye un acto de violencia obstétrica según lo estipulado por la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) aclara que la placenta ha de ser examinada cuidadosamente para detectar anomalías, y si las membranas están completas, la exploración o revisión uterina no es necesaria, ya que no existe ninguna evidencia científica que indique que dicha conducta sea de alguna utilidad, al contrario, puede producir infecciones o traumatismos mecánicos o incluso shock por dolor. Es una conducta clasificada en la categoría B, lo que significa que es un acto claramente dañino o inefectivo y debiera ser eliminado¹¹.

DISCUSIÓN

La investigación evidenció que las conductas de rutinas obstétricas pautadas en la sala de hospitalización del *Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay* (HCM/Venezuela) incurren en actos de violencia obstétrica, tomando en cuenta lo establecido en los artículos 15 y el artículo 51 (numerales 2, 3 y 4) de la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Así mismo, no siguen las recomendaciones que realiza la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en sus guías sobre cuidados del parto normal, y complicaciones del embarazo y trabajo de parto, ya que procedimientos que deben ser erradicados son realizados como rutina¹². En relación a la evidencia encontrada, es relevante recordar que todas las instituciones hospitalarias del país siguen estas pautas de rutina médica porque es un modelo de atención obstétrica hegemónico institucionalizado en Venezuela y casi toda América Latina. Esta realidad ha producido movimientos sociales que han luchado porque los países generen políticas de salud e instrumentos legales género sensitivos que protejan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Los procedimientos de rutina médico-hospitalaria se siguen como un patrón y constituyen decisiones terapéuticas que se repiten por tradición secular; vienen a ser prácticas aceptadas por un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado periodo, y no siempre verificado por evidencias científicas¹³. Tienen como norma que las embarazadas sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces, no discriminan o individualizan las necesidades de dichas mujeres, ya que por constituir una estandarización de rutinas de trabajo, se aplican a la mayoría de las mujeres que buscan atención en los hospitales o maternidades del país, quedando incluidas embarazadas de bajo riesgo, quienes desde lo epidemiológico, no indiquen una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o de mortalidad ni ellas, ni el feto ni neonato/a. El problema radica en que algunos de estos procedimientos producen enferme-

11 Organización Mundial de la Salud (1996). *Op. cit.*

12 *Ibidem.*

13 BURGOS, C (2001). "Litotomía en el parto: una práctica cuestionable". *XIII Congreso Internacional de la ISPOG* (International Society of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology). *Obstare*, pp. 3-6.

dades iatrogénicas clínicas, las cuales comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o enfermantos, los medicamentos, los médicos o los hospitales, causando una serie de efectos terapéuticos secundarios¹⁴.

Dada esta praxis médica-obstétrica, las mujeres durante el proceso del parto se encuentran expuestas y vulnerables, acostadas en posición supina, sometidas a las normas establecidas por la institución médica, las cuales no individualizan a las embarazadas, sino que realizan un trabajo automático, bajo un protocolo ya establecido, el cual lamentablemente violenta los derechos de las mujeres y su integridad física y emocional.

Las conductas de rutina seguidas por consenso suponen hacer de la atención del parto un proceso más seguro para el equipo de salud. En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, bajo estos signos labora el personal de dichas áreas, por ello, la rutina de trabajo les da la sensación de seguridad frente al acecho de la emergencia y la patología. Las normas institucionales obligan a que a las parturientas, aun sin ser embarazadas de alto riesgo, las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, previendo que ellas presenten una emergencia, la vía en vena no las deja deambular, esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas. Por ello para aumentar las contracciones deben suministrarles por vía intravenosa un oxitócico, y al aumentarlas, las hacen más dolorosas, lo que produce más estrés en la mujer y obviamente en quienes la atienden. Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones¹⁵.

La realidad antes descrita queda evidente en la tabla 1, la cual demostró que al 80% de las embarazadas se les aplico oxitócicos y de ese grupo al 88,3% no se les solicitó consentimiento informado para la aplicación del mismo, violando así su derecho de estar informadas sobre los procedimientos que están siendo aplicados a su cuerpo. La imposición de estas normas responde a la necesidad de acelerar el proceso, no solo para asegurar el trabajo del equipo médico, sino para tener camas disponibles dadas la enorme demanda de atención pública.

Otra de las evidencias que arroja la investigación se relaciona con la realización de la episiotomía como conducta de rutina, la tabla 2 demostró que al 75% de las mujeres con partos por vía vaginal se les realizó dicho procedimiento, sin discriminar si lo necesitaban o no, contraviniendo no solo la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, sino las recomendaciones de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* en su guía práctica de los cuidados del parto natural. Allí se describe la episiotomía como un acto de categoría D, por considerarse una práctica que se lleva a cabo de forma errónea por las complicaciones que produce, tanto inmediatas como mediatas. Estas complicaciones son mayores que los beneficios que este procedimiento ofrece en su realización rutinaria¹⁶. Las conferencias sobre tecnologías apropiadas para el embarazo, parto y puerperio, señalan como recomendación que se debe proteger el periné cuando sea posible, por ello la episiotomía de rutina no tiene ninguna justificación¹⁷.

14 ILLICH, I (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores, Barcelona, España.

15 CAMACARO CUEVAS, M (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. CEM, Caracas, Vol. 14, pp.147- 62.

16 Organización Mundial de la Salud (1996). *Op. cit.*; MEJIA, M (2004). *Op. cit.*

17 Organización Mundial para la Salud. (1985). *Mujer, Salud y Desarrollo*. Informe del Director General, Ginebra.