Ciencia y Salud, Vol. 10, No. 3, septiembre-diciembre, 2026 • ISSN (impreso): 2613-8816 • ISSN (en línea): 2613-8824
DOI: https://doi.org/10.22206/cisa.2026.v10i3.3551

EL HABITUS MÉDICO AUTORITARIO: RESISTENCIAS A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA A PARTIR DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

The authoritarian medical habitus: resistance to the humanization of obstetric care in the Dominican Republic based on critical discourse analysis

Arachu Castro[1]

Recibido: 03/06/2025 ● Aceptado: 10/02/2026

Cómo citar: Castro, A. (2026). El habitus médico autoritario: resistencias a la humanización de la atención obstétrica en la República Dominicana a partir del análisis crítico del discurso. *Ciencia y Salud, 10*(3), 5-22. https://doi.org/10.22206/cisa.2026.v10i3.3551

Resumen

Introducción: Analizo la resistencia a la humanización del parto en los hospitales públicos dominicanos, examinando cómo el habitus médico autoritario incide en la implementación de un modelo de atención centrado en la mujer promovido por el Ministerio de Salud Pública desde 2021.
Objetivos: Analizar las expresiones discursivas del personal de salud en hospitales públicos dominicanos en torno a la humanización del parto, identificar las manifestaciones del habitus médico autoritario en la atención obstétrica y examinar cómo dichas expresiones discursivas reproducen o cuestionan las estructuras de poder en la atención obstétrica.
Métodos: Estudio cualitativo con diseño interpretativo. En marzo de 2024, desarrollé dos talleres sobre violencia obstétrica mediante muestreo intencional. El primer taller incluyó a 20 evaluadores de humanización del Servicio Nacional de Salud (80% mujeres) y, el segundo, a 30 directivos hospitalarios (directores generales y de calidad,

Abstract

Introduction: I analyze the resistance to the humanization of childbirth in Dominican public hospitals, examining how the authoritarian medical habitus affects the implementation of a woman-centered care model promoted by the Ministry of Public Health since 2021.
Objectives: To analyze healthcare personnel's discursive expressions in Dominican public hospitals around the humanization of childbirth, identify manifestations of the authoritarian medical habitus in obstetric care, and examine how those discursive expressions reproduce or question power structures in obstetric care.
Methods: Qualitative study with interpretive design. In March 2024, I conducted two workshops on obstetric violence using purposive sampling. The first workshop included 20 humanization evaluators from the National Health Service (80% women) and, the second, 30 hospital administrators (general and

[1] PhD, MPH. Profesora Samuel Z. Stone de Salud Pública en América Latina. Titular Honoraria de la Carrera Nacional de Investigadores en Ciencias de la Salud de la República Dominicana. Departamento de Salud Internacional y Desarrollo Sostenible. Escuela Celia Scott Weatherhead de Salud Pública y Medicina Tropical. Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Luisiana, Estados Unidos. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0428-9174, email: acastro1@tulane.edu

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional CC BY 4.0

67% mujeres) de hospitales públicos con indicadores deficientes de humanización. Todos los participantes eran médicos. Los talleres duraron de 7 a 8 horas cada uno y fueron grabados con consentimiento. Discutimos cada forma persistente de violencia obstétrica. Utilizando el análisis crítico del discurso, examiné los patrones de las dinámicas de poder y la resistencia institucional, identificando expresiones clave y categorizándolas según las dimensiones de poder manifestadas y su impacto en las usuarias.

Resultados: Expresiones como "ese parto lo hice yo", "somos dioses", "el barrio entra al hospital", "la haitiana llegó" o "hacemos estilo de jefe" revelan la apropiación del cuerpo de la mujer y de su autonomía reproductiva, las relaciones jerárquicas, la discriminación y la perpetuación institucional de la violencia obstétrica que caracteriza el habitus médico autoritario en la atención materna y neonatal.

Conclusiones: La violencia obstétrica, lejos de constituir un conjunto de incidentes aislados, es la manifestación sistemática de estructuras de poder hegemónicas y patriarcales que han normalizado la deshumanización del parto en los establecimientos de salud. La transformación de estas prácticas requiere una estrategia que incorpore mecanismos eficaces de rendición de cuentas, participación comunitaria y reformas de la educación médica y de enfermería hacia modelos que desafíen las jerarquías tradicionales de conocimiento y poder, al tiempo que promuevan los derechos y la autonomía reproductiva de las mujeres.

Palabras clave: Violencia obstétrica, obstetricia, atención dirigida al paciente, autonomía personal, derechos reproductivos.

quality directors, 67% women) from public hospitals with poor humanization indicators. All participants were physicians. The workshops lasted 7 to 8 hours each and were recorded with consent. We discussed each persistent form of obstetric violence. Using critical discourse analysis, I examined patterns of power dynamics and institutional resistance by identifying key expressions and categorizing them according to the power dimensions they manifested and their impact on users.

Results: Expressions such as "that birth was my doing," "we are gods," "the neighborhood enters the hospital," "the Haitian woman arrived," or "we do it boss style" show the appropriation of women's bodies and reproductive autonomy, hierarchical relationships, discrimination, and the institutional perpetuation of obstetric violence that characterizes the authoritarian medical habitus in maternal and neonatal care.

Conclusions: Obstetric violence, far from being a series of isolated incidents, is the systematic manifestation of hegemonic and patriarchal power structures that have normalized the dehumanization of childbirth in healthcare facilities. Transforming these practices requires a strategy that incorporates effective accountability mechanisms, community participation, and reforms in medical and nursing education toward models that challenge traditional hierarchies of knowledge and power, while promoting women's reproductive rights and autonomy.

Keywords: Obstetric violence, obstetrics, patient-centered care, personal autonomy, reproductive rights.

Introducción

Este estudio analiza el modelo de humanización del parto en hospitales públicos dominicanos promovido por el Ministerio de Salud Pública desde 2021, y se centra en las prácticas clínicas y organizativas que intervienen en su implementación. Para analizar el contexto obstétrico dominicano, parto del concepto que Roberto Castro denomina habitus médico autoritario: un sistema de disposiciones duraderas incorporadas durante la formación médica que naturaliza la deshumanización y el control sobre los cuerpos de las mujeres[1]. Este concepto se operacionaliza a través de cuatro dimensiones: a) la apropiación del protagonismo, manifestada en expresiones que atribuyen el parto al personal médico; b) las relaciones de poder asimétricas, expresadas en la exclusión de familiares y la toma unilateral de decisiones; c) el predominio tecnocrático, reflejado en la imposición de procedimientos sin consentimiento; y d) la discriminación interseccional, evidenciada por la subalternización de la atención

a partir de procesos de racialización de las mujeres[1]. Estos procesos, entendidos como producto del modelo médico hegemónico conceptualizado por Eduardo Menéndez[2, 3], se caracterizan por rasgos como el biologismo, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo y el pragmatismo, y tienen la función de ejercer el poder más allá del campo médico[4, 5], incluyendo el control social sobre los cuerpos y procesos reproductivos. La articulación entre el habitus médico autoritario y el modelo médico hegemónico permite analizar las expresiones individuales del personal de salud como manifestaciones discursivas de estructuras de poder institucionalizadas que se reproducen a través del lenguaje y se materializan en la práctica clínica.

En la República Dominicana, la segmentación del sistema de salud entre público y privado y la fragmentación de los servicios de salud configuran un acceso inequitativo a la calidad de la atención del parto[6], con marcadas desigualdades territoriales en la mortalidad materna asociadas a las condiciones socioeconómicas de las provincias[7]. El sistema de salud público, al que acude el 87% de las mujeres del quintil más pobre de la población[8], constituye un espacio en el que las prácticas discriminatorias y deshumanizantes afectan de manera desproporcionada a las mujeres en situación de vulnerabilidad[9]. Estas desigualdades se articulan con una jerarquización epistémica que invalida de forma sistemática el conocimiento experiencial de las mujeres, especialmente las racializadas[10, 11]. Esta situación se ha identificado como uno de los factores que contribuyen a la alta mortalidad materna en el país[9, 12], que se encuentra entre las más altas de América Latina[13].

Desde 2018, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud han adoptado medidas para promover la humanización de la atención obstétrica, creando en 2019 el Subcomité de Calidad Materno Neonatal e iniciando la supervisión de la calidad con metodología de observación. Un estudio epidemiológico observacional[14], financiado por UNICEF, estableció la línea de base de la violencia obstétrica en la República Dominicana. En 2021, la Oficina de Equidad de Género elaboró las primeras directrices nacionales: las *Orientaciones técnicas para la atención obstétrica y neonatal con incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos*[15] y creó el Comité Técnico Institucional que coordina la Iniciativa de Cuidados Maternos y Neonatales Respetuosos.

El objetivo del estudio es analizar, mediante un análisis crítico del discurso del personal médico, la resistencia a la humanización del parto en los hospitales públicos dominicanos y examinar cómo el habitus médico autoritario incide en la implementación de los esfuerzos normativos orientados a promover la humanización del parto.

Métodos

Realicé un estudio cualitativo con diseño interpretativo en marzo de 2024. El Servicio Nacional de Salud y UNICEF me invitaron a diseñar y facilitar dos talleres con el objetivo de comprender las resistencias a la implementación de las orientaciones técnicas sobre atención obstétrica y neonatal y la persistencia de la violencia obstétrica en los hospitales públicos, dejando a mi criterio su organización. El SNS seleccionó mediante muestreo intencional dirigido a unos 20 evaluadores de la humanización de la atención obstétrica y neonatal y 30 directores generales y de calidad de hospitales con indicadores deficientes de humanización.

Cada taller tuvo una duración de una jornada completa (entre siete y ocho horas cada taller). Utilicé metodologías diferenciadas en cada taller, pero en ambos utilicé un formato semiestructurado con

una introducción general sobre la hipermedicalización del parto y cinco dimensiones de la violencia obstétrica (abuso verbal, mala relación con usuarias, abuso físico, deficiencias en los estándares profesionales de atención y condiciones del sistema), seguidas de discusiones abiertas con preguntas disparadoras sobre la persistencia de estas prácticas y los obstáculos para la humanización.

Transcribí de forma literal las 15 horas de grabación con la plataforma de transcripción Sonyx y las revisé para asegurar la fidelidad. Utilicé un análisis crítico del discurso empleado en la antropología médica[16], siguiendo la herramienta sociocognitiva del cuadrado ideológico propuesto por van Dijk[17]. Esta estrategia permite identificar cómo los hablantes polarizan la representación entre el endogrupo y el exogrupo mediante cuatro movimientos: enfatizar lo positivo del endogrupo, enfatizar lo negativo del exogrupo, minimizar lo negativo del endogrupo y minimizar lo positivo del exogrupo. Esta metodología privilegia la función ideológica de las expresiones y su articulación con las estructuras de poder sobre la frecuencia de uso o su distribución estadística, y una sola expresión puede revelar estructuras ideológicas profundas precisamente porque emerge de forma espontánea y no solicitada. En el contexto obstétrico, esta herramienta permite analizar cómo el personal de salud construye discursivamente su posición de autoridad frente a las usuarias.

Mediante un proceso inductivo, el procedimiento analítico siguió cuatro fases: 1) familiarización con los datos mediante lecturas repetidas de las transcripciones; 2) codificación abierta identificando expresiones relacionadas con poder, autoridad y resistencia; 3) búsqueda de patrones recurrentes en diferentes participantes y contextos para verificar la consistencia de las categorías; y 4) agrupación de códigos en categorías analíticas según las dimensiones de poder manifestadas y su impacto en las usuarias. Seguidamente, interpreté las expresiones recurrentes a la luz del marco teórico. A lo largo de este proceso, me apegué a las expresiones textuales de los participantes para mantener la fidelidad analítica. Mi experiencia investigando la violencia obstétrica en la República Dominicana mediante métodos etnográficos y epidemiológicos proporcionó un conocimiento contextual valioso.

El estudio se enmarca en el Proyecto Mujer al Centro, revisado por el Comité de Ética de la Universidad de Tulane (estudio 2019-481), que determinó que estaba exento de revisión ética por tratarse de entrevistas profesionales sobre prácticas institucionales, por lo que otorgó una dispensa del requisito de consentimiento informado por escrito. Obtuve el consentimiento verbal para grabar las entrevistas. Con el fin de garantizar el anonimato, no recopilé datos demográficos individuales y anonimicé todos los fragmentos mediante la eliminación de las referencias que pudieran identificar a participantes u hospitales específicos. Mi rol como investigadora externa invitada facilitó las discusiones abiertas sobre prácticas problemáticas.

Resultados

Los talleres revelaron patrones recurrentes de expresiones y prácticas que caracterizan la atención obstétrica en los hospitales públicos dominicanos. La Tabla 1 sintetiza las 15 expresiones más representativas identificadas, organizadas según sus dimensiones de poder y su impacto en las usuarias. Estas expresiones emergieron de manera consistente en participantes de diferentes hospitales, lo que sugiere que constituyen manifestaciones sistemáticas más que incidentes aislados. Durante las sesiones emergió un patrón de manifestaciones discursivas sobre el poder médico, desde la autopercepción divina hasta la apropiación del protagonismo del parto. Los participantes describieron prácticas rutinarias como la exclusión sistemática de acompañantes, la canalización universal sin criterio clínico y la imposición

de la posición supina durante el trabajo de parto. La discriminación se manifestó particularmente hacia las mujeres haitianas. Los participantes reconocieron la ausencia total de servicios interculturales y lingüísticos en hospitales fronterizos, así como la naturalización de comentarios racistas justificados como "culturalmente permitidos". Un director admitió que implementar señalización en *créole* haitiano se percibiría como posicionamiento político problemático. Reconocieron explícitamente el doble estándar entre los servicios públicos y los privados, con diferencias marcadas en el trato, el tiempo de consulta y el respeto a la autonomía corporal, según la capacidad de pago. También identificaron la fragmentación del sistema, donde las mujeres llegan sin preparación prenatal, permanecen horas sin información y sus familiares desconocen su situación.

Tabla 1. Expresiones del habitus médico autoritario y sus manifestaciones

Expresión clave	Cita contextualizada	Dimensión de poder	Manifestaciones prácticas	Impacto en usuarias
"Somos dioses"	Director explicando diferencias entre sala pública y privada: "En la sala pública sacamos a todos [los familiares] de la habitación... No pueden escuchar. Es como si fuéramos dioses".	Relaciones de poder asimétricas	Exclusión de familiares, toma unilateral de decisiones, hermetismo informativo	Pérdida total de autonomía reproductiva
"Hacemos estilo de jefe, yo mando y tú ejecutas"	Expresión que encapsula las relaciones autoritarias verticales que permean los hospitales dominicanos en todos los niveles: "Tenemos personal no médico que no conoce mucho el porqué de las cosas, podríamos trabajar con ese personal, explicándole, porque muchas veces hacemos estilo de jefe: yo mando y tú ejecutas." Se aplica también a la interacción con las usuarias.	Jerarquías autoritarias	Comunicación unidireccional, infantilización, control físico mediante sueros	Subordinación y dependencia institucional
"Ese parto lo hice yo"	Participante citando expresiones comunes: "Has escuchado a un ginecólogo cuando dice 'tuve que empujar a ese niño' o la enfermera dice 'tuve que jalarlo. Ese parto lo hice yo'"	Apropiación del protagonismo	Canalización rutinaria, restricción de movimiento, atribución del éxito a la intervención médica	Desplazamiento simbólico de la mujer como protagonista
"Para tú pedirle permiso a una persona"	Evaluador sobre prácticas respetuosas: "Para tú pedirle permiso a una persona que vas a realizar un examen vaginal, eso no va a ocupar espacio de infraestructura, no va a tomar tres horas"	Predominio tecnocrático	Procedimientos sin consentimiento, tactos múltiples no autorizados, eficiencia sobre experiencia	Objetivación del cuerpo femenino

(*continúa*)

Tabla 1. Expresiones del habitus médico autoritario y sus manifestaciones (*continuación*)

Expresión clave	Cita contextualizada	Dimensión de poder	Manifestaciones prácticas	Impacto en usuarias
"Porque está culturalmente permitido"	Director sobre comentarios racistas: "Porque está culturalmente permitido, lo han hecho un hábito. Ya tienen una cultura y entienden que lo están haciendo bien"	Perpetuación del racismo	Comentarios sobre pelo/color de piel, ausencia de consecuencias institucionales	Marcación de alteridad y subordinación racial
"No grites tanto"	Expresión mencionada como frase cotidiana durante el trabajo de parto: "No grites tanto lo he oído en boca de enfermeras. No solamente de médicos, enfermeras." O: "El típico comentario que hemos escuchado muchas veces cuando dice: ah, ahora tú lo gritas, pero cuando lo estabas haciendo ¿lo gritaste?, o preguntándole cosas que la ridiculicen."	Justificación del abuso verbal	Gritos, regaños, amenazas como estrategias de control	Disciplinamiento y silenciamiento
"Tactos para aprender"	Directores admitiendo prácticas en hospitales docentes con estudiantes: "Si el R1, si el interno, si el preinterno no entra a la sala del parto, ¿cómo va a aprender a hacer tactos vaginales?"	El cuerpo de la mujer como recurso pedagógico	Tactos vaginales múltiples por estudiantes sin consentimiento	Cosificación y despojo de la dignidad
"La haitiana llegó"	Médico en hospital fronterizo: "Nos quejamos mucho porque la haitiana llegó. Este es un hospital fronterizo. La haitiana llega con un requerimiento que le dieron hace dos días o un día"	Discriminación interseccional	Ausencia de servicios interculturales, construcción como carga adicional	Intensificación de vulnerabilidades múltiples
"Por la plata baila el mono"	Director sobre diferencias entre público y privado: "Por la plata baila el mono. Ella me está pagando y siento que le estoy pagando. Lo que gano aquí [al mes], lo hago en una semana en la clínica privada"	Doble moral económica	Trato diferenciado según capacidad de pago (hospitales públicos vs. clínicas privadas)	Mercantilización de la humanidad
"No hay tiempo para dar explicaciones"	Justificación recurrente para no informar a las usuarias: "No hay tiempo para dar explicaciones, porque tienen tanto trabajo, muchas usuarias y el personal no da abasto para dar un servicio de calidad y humanizado." O: "Pero ¿qué dicen los médicos cuando le dicen por qué no le han informado? Tenemos mucho trabajo."	Falta de empatía institucional	Distancia emocional, negación de información, omisión de presentaciones	Aislamiento y vulnerabilidad informativa

Expresión clave	Cita contextualizada	Dimensión de poder	Manifestaciones prácticas	Impacto en usuarias
"El barrio entra al hospital"	Expresión sobre las familias como amenaza al orden médico: "En nuestro país usted dura 12 horas y el barrio entra al hospital y comienzan a darle puñaladas hasta a la enfermera porque a su paciente la van a dejar morir. Esa es nuestra cultura."	Comunidad como amenaza	Exclusión de familiares, aceleración artificial del parto, cesáreas innecesarias	Ruptura de redes de apoyo y soledad institucional
"Nos llegan ya a término"	Médico sobre desconexión entre niveles: "El problema es que en los hospitales nos llegan ya a término. Si en atención primaria hicieran el verdadero trabajo…"	Fragmentación del sistema	Desconexión atención primaria-hospitalaria, falta de educación prenatal	Llegada desinformada y dependencia total
"Quiero salir corriendo"	Profesional sobre disonancia ética: "A veces escucho cuando voy a evaluaciones... y quiero salir corriendo porque no era lo que vi en mi formación"	Disonancia ética profesional	Malestar psicológico, tensión entre formación y práctica	Perpetuación silenciosa de violencia por impotencia
"La deshumanización la hacen a conciencia"	Evaluadores: "El personal está capacitado, conoce todas las normativas, no lo hace por desconocimiento. No lo hace porque no le nace hacerlo". O: "El que incumple o hace estas acciones deshumanizadas lo hace a conciencia, sabe que está mal, aunque no quiera entenderlo en ese momento, pero sabe que está mal."	Reconocimiento de intencionalidad	Prácticas deliberadas no por desconocimiento sino por decisión	Validación de que la violencia es sistemática y consciente
"Tenemos que accionar"	Participante: "Creo que más que decir y ver qué está pasando, tenemos que accionar, buscar una estrategia"	Voluntad de transformación	Reconocimiento de necesidad de cambio, búsqueda de estrategias	Apertura hacia intervenciones transformadoras

La Tabla 2 contrasta las perspectivas de evaluadores y directivos hospitalarios. Los evaluadores mostraron mayor autocrítica y reconocimiento del carácter deliberado de las prácticas deshumanizantes, mientras los directivos tendieron a externalizar las responsabilidades hacia factores estructurales o las propias usuarias. Ambos grupos identificaron el "círculo vicioso de la impunidad", donde la protección política impide la rendición de cuentas.

Algunos participantes expresaron malestar ético ante la disonancia entre su formación y la práctica institucional. Las propuestas de cambio abarcaron desde actuar con estrategias concretas hasta la necesidad de agentes externos, reconociendo que las dinámicas internas están profundamente arraigadas. Los evaluadores expresaron frustración ante su limitada autoridad para implementar cambios sin compromiso de la jerarquía superior.

Tabla 2. Contraste entre evaluadores y directores hospitalarios

Aspecto	Evaluadores	Directores hospitalarios
Reconocimiento del problema	"Estamos deshumanizados". Mayor disposición a reconocer la gravedad sistemática del problema. Familiaridad con estándares de calidad y humanización.	Tendencia a caracterizar como casos aislados. Minimización del carácter sistemático con expresiones como "ya no vemos tanto estas prácticas".
Autocrítica	"Estamos deshumanizados", "la deshumanización la hacen a conciencia", "el personal está capacitado, conoce todas las normativas, no lo hace por desconocimiento. No lo hace porque no le nace hacerlo". Reconocimiento de prácticas deliberadas.	"Es por educación, falta de conocimiento o ignorancia del personal médico". Atribución a factores externos más que a decisiones conscientes.
Factores causales	"El personal da lo que puede dar" pero reconocen necesidad de transformaciones estructurales que trasciendan las limitaciones individuales.	Énfasis en sobrecarga laboral, falta de recursos: "Muchas veces, porque uno entiende que la paciente no sabe y, como no sabe, no va a poder decidir".
Responsabilidad del personal	Reconocen que el personal entrenado elige no actuar: "No lo hace porque no le nace hacerlo". Frustración porque conocen las normas, pero no las aplican.	Justificaciones paternalistas: "La paciente no va a entender". Énfasis en que actúan "automática y rápidamente" sin tiempo para explicar.
Estrategias de cambio	"Si los de arriba no están comprometidos, poco podemos hacer abajo". Frustración ante dependencia jerárquica y falta de autoridad para imponer cambios.	Propuestas pragmáticas: "trabajar con el personal existente para maximizar su potencial", "desde el ordenanza hasta el de limpieza", traer a agentes externos porque las dinámicas internas están muy arraigadas.
Conciencia sobre humanización	"Todos quieren verse bien [cuando son observados]", Reconocen simulación durante la supervisión. Identifican que las prácticas deshumanizantes persisten cuando no hay supervisión externa.	Mayor resistencia. Sobre el doble estándar: "Estamos podridos con la doble moral porque en la clínica [privada]... pero en el hospital [público] decimos 'eso no es nada'".
Impunidad institucional	Describen un "círculo vicioso de impunidad" donde los directores no pueden disciplinar a médicos con conexiones políticas por temor a ser reemplazados	"Los médicos tienen protección política". Evitan confrontaciones sabiendo que "los roles pueden revertirse en el futuro".
Percepción del cambio	"Más que decir y ver qué está pasando, tenemos que accionar, buscar una estrategia". Reconocen que el cambio voluntario es insuficiente, necesitan sistemas con consecuencias.	"Cuando empezamos a trabajar en el hospital... ya traemos una vida hecha... es un poco difícil reprogramar". Ven el cambio como reprogramación individual difícil.
Aprovechamiento del período prenatal	Reconocen las oportunidades perdidas: "En la consulta hay temas que necesitan abordarse lentamente, que son nueve meses [de embarazo], así que puedes tomarte tu tiempo en cada visita".	Nostalgia por prácticas pasadas: "Si en atención primaria hicieran las visitas domiciliarias, las reuniones que yo hice como interno, esas charlas comunitarias".
Percepción de las usuarias	Reconocen la capacidad de comprensión: "Muchas de las usuarias entienden, y si busco las palabras... adaptándome a las capacidades de las usuarias".	Construcción diferenciada: misma persona "en centro privado conversa y le dice cosas a la embarazada, pero en el centro de salud no le dice".

Discusión

Los resultados de este análisis evidencian que la violencia obstétrica en la República Dominicana constituye una manifestación sistemática de estructuras de poder institucionalizadas más que incidentes aislados. Los hallazgos destacan cómo el habitus médico autoritario y el modelo médico hegemónico operan sinérgicamente para perpetuar prácticas deshumanizantes en la atención obstétrica pública.

Habitus médico autoritario y modelo hegemónico

La apropiación del protagonismo del parto es una manifestación discursiva reveladora del habitus médico autoritario[1], un sistema de disposiciones duraderas que estructura las prácticas, percepciones y apreciaciones que, incorporadas en rutinas cotidianas, resultan invisibles para quienes las reproducen[18]. Estos hallazgos encuentran paralelo en Costa Rica, en donde incluso en un sistema de atención universal y después de implementar un modelo integral de atención materna centrada en la mujer, con enfoque de género y derechos humanos, el modelo hegemónico y patriarcal persiste en las prácticas cotidianas[19].

La socialización profesional en las escuelas de medicina y su posterior refuerzo en la práctica hospitalaria generan un habitus que naturaliza hasta tal punto esta apropiación del protagonismo que se expresa de forma abierta sin cuestionamiento. Desde la perspectiva del modelo médico hegemónico, esta apropiación se sustenta en un biologismo que reduce el parto a sus aspectos fisiológicos de forma descontextualizada. Este fenómeno se inscribe en el modelo tecnocrático del nacimiento, que concibe el cuerpo femenino "como una máquina dividida en partes"[20] (p. 54), desde el cual se ejerce y normaliza la violencia obstétrica[11, 21]. Este biologismo justifica la intervención tecnocrática como supuestamente necesaria y superior, mientras la ahistoricidad del modelo invisibiliza las diversas formas culturales de atención al parto, presentando el modelo tecnocrático como el único válido científicamente.

Relaciones de poder y jerarquías

Las dinámicas documentadas en las expresiones del personal de salud muestran cómo el modelo médico hegemónico estructura las relaciones marcadamente asimétricas entre el personal de salud y las usuarias. Esta asimetría establece una jerarquización epistémica donde el conocimiento biomédico se posiciona como superior a cualquier otro saber, incluido el conocimiento experiencial de las mujeres sobre sus propios cuerpos. La exclusión de acompañantes, la toma unilateral de decisiones y la imposición de procedimientos sin consentimiento informado reflejan lo que Menéndez denomina la asocialidad del modelo médico hegemónico: la tendencia a desvincular la atención de su contexto social[3], tratando a las usuarias como cuerpos biológicos aislados.

El concepto del poder obstétrico, que opera como un mecanismo de "disciplina, control y producción de subjetividad"[22], ayuda a entender cómo la práctica obstétrica ejerce control sobre los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres y cómo se perpetúa "mediante el ejercicio del poder legítimo dentro de instituciones jerárquicas"[23] (p. 227). Como argumenta Paola Sesia, el término violencia obstétrica resulta poderoso porque, a diferencia de conceptos como "falta de respeto y abuso" o "maltrato", capta de manera efectiva los problemas de rendición de cuentas dentro de una sola categoría, destacando los aspectos sistémicos y estructurales del problema e incluyendo la discriminación de género y las fallas institucionales[24]. Este abordaje permite reconocer que

las prácticas observadas en los hospitales públicos dominicanos no son incidentes aislados, sino manifestaciones de un problema estructural que despoja a las mujeres de su autonomía corporal y reproductiva.

Discriminación e interseccionalidad

La discriminación hacia las mujeres haitianas evidencia cómo la violencia obstétrica se intensifica en la intersección de características como la nacionalidad, la racialización y la posición socioeconómica. Esta dimensión no puede comprenderse sin considerar que el discurso político dominicano ha construido históricamente la presencia haitiana como una amenaza a través del antihaitianismo, una forma de racismo constitutivo de la formación del Estado dominicano moderno que enmarca la reproducción haitiana mediante una retórica incendiaria[25].

Aunque la encuesta más reciente sobre migración en el país, de 2018, estimó que la población de origen haitiano representa el 5 por ciento del total demográfico[26], los registros del Servicio Nacional de Salud indican que los partos de madres haitianas constituyeron, en 2024, un tercio de los nacimientos en la red pública[27]. Sin embargo, esta sobrerrepresentación estadística en los hospitales públicos no evidencia únicamente una dinámica migratoria, sino la profunda segmentación del sistema de salud dominicano, en el cual la población local se desplaza mayoritariamente hacia el sector privado subsidiado por la seguridad social[28]. No obstante, desde la perspectiva del análisis crítico del discurso, las autoridades hospitalarias instrumentalizan estas cifras para construir una estrategia semántica de inversión[17], mediante la cual el discurso médico opera una victimización institucional: el hospital se redefine retóricamente no como el garante de derechos que falla, sino como la víctima pasiva de una carga demográfica externa. Al enfatizar esta carga, el personal de salud legitima el hábitus médico autoritario: la precariedad de la atención y el trato deshumanizante hacia las mujeres migrantes dejan de ser percibidos como violaciones a los derechos humanos y son recodificados discursivamente como consecuencias inevitables de una supuesta saturación exógena. La discriminación puede analizarse además mediante el concepto de vulnerabilidad estructural[29], que explica cómo la posición en la jerarquía social condiciona de forma sistemática sus posibilidades de bienestar y autonomía. Las mujeres haitianas enfrentan una vulnerabilidad producida por un sistema de salud que limita su acceso a una atención digna a través de mecanismos de racialización que legitiman un trato diferenciado, intensificando las prácticas deshumanizantes.

Estas prácticas reflejan cómo la violencia obstétrica combina los conceptos de violencia de género con el de negligencia médica, entrelazando "elementos de trato respetuoso y atención de calidad"[30] y que la violencia obstétrica también es una manifestación del racismo, dado que se cruza con la interacción que surge de categorías como la etnia, la posición socioeconómica, la edad y las características geográficas del lugar donde viven las mujeres[22, 31-35]. El contexto dominicano, con su historia compleja de relaciones racializadas con Haití, amplifica estas dinámicas, creando un escenario en el que las mujeres haitianas viven formas específicas e intensificadas de violencia obstétrica que no pueden comprenderse sin analizar la intersección entre género, racismo y posición social. Este fenómeno se inscribe en lo que Sadler y otros han identificado como las dimensiones estructurales de la violencia obstétrica, en las que las prácticas discriminatorias son manifestaciones institucionalizadas de opresiones históricas e interconectadas[36]. Bajo esta perspectiva, la discriminación contra las mujeres haitianas en los

hospitales dominicanos constituye una expresión localizada de problemas sistémicos.

Fragmentación de los servicios, segmentación del sistema y doble moral

La desconexión entre la atención primaria y la hospitalaria contribuye a que las mujeres lleguen a los hospitales sin preparación prenatal adecuada, sin información sobre el proceso de parto y sin herramientas para participar de forma activa en las decisiones sobre su atención y ejercer su autonomía reproductiva. Desde la perspectiva de la vulnerabilidad estructural[29], esta fragmentación representa cómo el propio sistema de salud produce y amplifica las vulnerabilidades a través de su organización, generando las condiciones que limitan la autonomía de las mujeres[9]. Este fenómeno se alinea con los resultados de dos estudios realizados en hospitales públicos dominicanos. El primero encontró que la desconexión entre la atención prenatal ambulatoria y la atención hospitalaria del parto constituía un factor determinante de las complicaciones obstétricas[12]. El segundo, un estudio epidemiológico observacional, identificó fallas sistemáticas en el continuo de atención[14]. Las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia generan rupturas en el continuo de atención que reproducen lógicas fragmentadas, impidiendo un abordaje integral de la salud materna.

La segmentación del sistema de salud dominicano crea las condiciones estructurales para mercantilizar la atención humanizada, lo que convierte el derecho a la autonomía reproductiva en un bien de mercado. Esta situación crea una gobernabilidad reproductiva que opera a través de una falla moral que separa a las usuarias con capacidad de pago, que acceden a la mejor atención disponible en el sector privado, de las beneficiarias del sector público, tratadas como personas carentes de derechos[8]. Esta doble moral configura lo que se denomina reproducción estratificada: la valoración diferenciada que la sociedad asigna a las mujeres y sus procesos reproductivos según su posición social[37].

La variación de las prácticas según el contexto público o privado demuestra que el habitus médico autoritario se flexibiliza al interactuar con usuarias de mayor posición socioeconómica, lo que evidencia que las prácticas deshumanizantes no son inevitables ni responden exclusivamente a las limitaciones estructurales. Esta doble moral, arraigada en una visión de racionalidad biomédica[38], demuestra que la deslegitimación del conocimiento experiencial de las usuarias no es uniforme, sino que se modula según su posición socioeconómica.

Malestar ético y posibilidades de transformación

Las expresiones de malestar ético manifiestan las tensiones entre los valores profesionales y las prácticas institucionales: valores éticos que promueven el respeto frente a un habitus autoritario que naturaliza las prácticas deshumanizantes. Este malestar se inscribe en lo que Bourdieu[18] describe como la tensión entre las disposiciones incorporadas y las condiciones objetivas que las contradicen: cuando el habitus profesional entra en conflicto con la práctica institucional cotidiana, emerge una disonancia que puede generar sufrimiento o bien abrir posibilidades de transformación. La transmisión intergeneracional de disposiciones autoritarias ha sido documentada en hospitales mexicanos, donde la socialización profesional de los residentes en ginecoobstetricia normaliza la violencia obstétrica independientemente del género de quienes la practican[39], y donde las jerarquías tóxicas y la violencia que experimentan los propios residentes durante su formación se redirigen hacia las pacientes más vulnerables[40]. Sin embargo, el hecho de que algunos profesionales experimenten malestar ético ante estas prácticas indica que el habitus médico autoritario

no logra una interiorización plena en todos los casos. Este reservorio de sensibilidad moral, aunque silenciado por las dinámicas institucionales, podría movilizarse para la transformación si las condiciones institucionales lo protegieran y lo fomentaran.

Las diferencias entre los evaluadores y los directores hospitalarios muestran cómo la posición en la jerarquía institucional modula las percepciones sobre la violencia obstétrica y las posibilidades de transformación. Los evaluadores mostraron mayor apertura para identificar los problemas estructurales y reconocer que "la deshumanización la hacen a conciencia", mientras que los directores tendieron a minimizar su carácter sistemático. El reconocimiento de la naturaleza deliberada de la violencia obstétrica constituye uno de los hallazgos más significativos, pues desmitifica la idea de que estas prácticas son resultado de la ignorancia, de la falta de recursos o de la sobrecarga laboral. Como he argumentado previamente, la violencia obstétrica en la República Dominicana constituye una forma de gobernabilidad reproductiva[10] en la que las prácticas deshumanizantes responden a dinámicas de poder que trascienden las limitaciones técnicas del sistema. El reconocimiento de que el personal médico "no lo hace por desconocimiento" sino "porque no le nace hacerlo" confirma que la violencia obstétrica opera como una decisión deliberada dentro de un habitus médico autoritario[1] que naturaliza el control sobre los cuerpos de las mujeres. En otros contextos latinoamericanos, los movimientos sociales han desempeñado un papel central en la denuncia y visibilización de la violencia obstétrica, como se ha documentado en Argentina[41], México[42] y Chile[43], donde la presión social organizada ha sido un contrapeso necesario frente al poder institucional.

Limitaciones del estudio

Este análisis presenta limitaciones metodológicas importantes. Primero, el sesgo de selección institucional: el SNS convocó a participantes según criterios propios, pudiendo excluir a voces críticas. Segundo, el sesgo de deseabilidad social fue evidente, en especial en los directores que inicialmente negaron las prácticas posteriormente admitidas, sugiriendo que las expresiones capturadas subestiman la magnitud real del problema. Tercero, la composición exclusivamente médica omite perspectivas cruciales de enfermeras y auxiliares. Finalmente, mi presencia como investigadora invitada pudo inhibir expresiones más crudas o generar respuestas institucionalmente aceptables.

Conclusiones

El análisis de las resistencias a la humanización del parto en la República Dominicana muestra que la violencia obstétrica constituye una expresión multidimensional de relaciones de poder que trascienden el ámbito estricto de la atención en salud. Las narrativas confirman que estas prácticas no resultan de acciones individuales, sino que constituyen manifestaciones de un habitus médico autoritario institucionalizado que se reproduce a través de estructuras, prácticas y discursos cotidianos. Este análisis aporta evidencia empírica sobre cómo el habitus médico autoritario se manifiesta discursivamente en el contexto dominicano. Las expresiones documentadas pueden interpretarse a través del cuadrado ideológico[17], que describe cómo el discurso polariza la representación entre el endogrupo y el exogrupo. Expresiones como "somos dioses" o "ese parto lo hice yo" enfatizan lo positivo del personal médico, mientras que "el barrio entra al hospital" o "la haitiana llegó" enfatizan lo negativo de las usuarias y sus familias. La tendencia a caracterizar la violencia obstétrica como casos aislados ejemplifica la minimización de lo negativo del endogrupo. Este patrón discursivo muestra cómo el habitus médico autoritario opera a través del lenguaje para legitimar las asimetrías de poder, así como los mecanismos específicos median-

te los cuales se legitima la violencia obstétrica: la autopercepción divina justifica la exclusión y el control absoluto, la apropiación del protagonismo naturaliza la objetivación de las mujeres y la racialización institucionalizada intensifica la vulnerabilidad de las migrantes haitianas. El reconocimiento explícito de que "la deshumanización la hacen a conciencia" desmitifica las narrativas que atribuyen estas prácticas al desconocimiento o a la falta de recursos.

Los hallazgos confirman las teorías sobre la hegemonía médica y la capacidad del modelo para apropiarse y resignificar elementos de otros modelos de atención cuando no amenazan su núcleo ideológico[19]. Junto con el concepto del habitus médico autoritario, permite comprender la violencia obstétrica como un fenómeno arraigado en las estructuras sociales, culturales e institucionales que opera a través de dimensiones materiales y simbólicas. La vulnerabilidad estructural permite entender cómo el sistema de salud produce condiciones que limitan la autonomía y la capacidad decisoria de las mujeres en los procesos reproductivos. Las usuarias que dan a luz en hospitales públicos enfrentan un sistema que las posiciona sistemáticamente en desventaja, generando una "vulnerabilidad provocada" por el propio sistema de salud[9]. El enfoque biologicista, que describe el personal de salud, donde tratan a la mujer como "una máquina de parir" y el parto es visto como un evento potencialmente patológico, caracteriza este modelo hegemónico que funciona para ejercer control más allá del campo estrictamente médico. El concepto del habitus médico autoritario permite comprender cómo los profesionales de salud han incorporado esquemas de percepción, apreciación y acción que naturalizan y reproducen las relaciones jerárquicas y las prácticas deshumanizantes.

La República Dominicana no es un caso aislado, sino que refleja patrones documentados en toda América Latina, donde la violencia obstétrica ha sido reconocida como un problema de salud pública y definida en diversos marcos normativos. La definición establecida en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela (2007), primera legislación en América Latina y en el mundo que tipificó la violencia obstétrica, que la caracteriza como "la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizante, un abuso de la medicalización y una patologización de los procesos naturales, resultando en una pérdida de autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad"[44], se corresponde con estos hallazgos. Como señala Sadler, necesitamos "despertar las metáforas que dormían en la ciencia"[45], reconociendo cómo el lenguaje y las prácticas biomédicas no son neutrales, sino que reflejan y reproducen relaciones de poder. El uso de expresiones como "ese parto lo hice yo" o "somos dioses" evidencian estas metáforas que, lejos de ser inocentes giros lingüísticos, constituyen manifestaciones discursivas de un modelo que se ha apropiado de forma sistemática del protagonismo de las mujeres en sus procesos reproductivos.

Para transformar la atención obstétrica en la República Dominicana, debemos superar el enfoque limitado de capacitar al personal médico dentro de un sistema que normaliza y perpetúa la violencia obstétrica. La evidencia recogida señala la necesidad de impulsar una metamorfosis más profunda: convertir el habitus médico autoritario documentado en un habitus humanizado[11] que sitúe a la mujer como protagonista de su proceso reproductivo. Esta transformación requiere un abordaje integral que opere simultáneamente en diversos niveles. Primero, la reforma educativa. La naturalización de la apropiación del parto evidencia que el habitus médico autoritario se genera durante la formación profesional. Los participantes que su-

girieron traer a agentes externos reconocen que las dinámicas internas están demasiado arraigadas. Los currículos de medicina y enfermería necesitan una reformulación sustancial que integre perspectivas feministas e interculturales, desafiando las estructuras jerárquicas de conocimiento predominantes en la formación médica tradicional. Segundo, los mecanismos de rendición de cuentas. El círculo vicioso de impunidad identificado, donde los directores no pueden disciplinar a médicos con protección política, exige sistemas independientes con consecuencias reales. Es necesario establecer responsabilidades institucionales que aborden las condiciones estructurales que perpetúan la violencia obstétrica. Los enfoques punitivos que solo sancionan a profesionales individuales, ignorando el sistema patriarcal en el que operan, no identifican el origen social del problema y resultan insuficientes para proteger a las mujeres[24, 46]. Tercero, el continuo de atención. Los resultados muestran que la fragmentación produce vulnerabilidad y que garantizar el continuo entre la atención primaria y la hospitalaria, aprovechando el período prenatal como espacio privilegiado para la educación, el empoderamiento y la preparación, evitaría parte de la fragmentación que perpetúa la dependencia institucional. Cuarto, la interculturalidad. La discriminación documentada, los comentarios racistas culturalmente permitidos y la ausencia total de servicios en *créole* exigen impulsar la interculturalidad en los servicios de salud con mandatos institucionales para atender las necesidades específicas de las mujeres migrantes. Por último, la participación comunitaria. Los resultados señalan la necesidad de contrapesos externos. Promocionar la participación comunitaria en supervisión y evaluación de servicios obstétricos, reconociendo el papel crucial de las organizaciones de la sociedad civil y los movimientos de mujeres como contrapeso a las dinámicas de poder institucionales, puede catalizar el cambio desde fuera cuando los mecanismos internos fallan. La ausencia de presión social organizada en la República Dominicana constituye un factor que limita las posibilidades de cambio sostenible. El desafío reside en articular la sensibilidad moral que persiste en el personal de salud con mecanismos institucionales de rendición de cuentas y la construcción de alianzas entre profesionales comprometidos dentro del sistema y grupos activistas externos, tal como Sadler y colaboradores[36] han planteado al abordar las dimensiones estructurales de la violencia obstétrica.

Las mismas resistencias identificadas en este estudio ofrecen oportunidades estratégicas para las intervenciones específicas. Las expresiones de malestar ético entre los profesionales y el reconocimiento de la necesidad de *accionar* sugieren fisuras en el habitus dominante desde donde puede germinar el cambio. Los modelos de atención integral deben confrontar de forma explícita los enfoques patocéntricos y hegemónicos tradicionales y reconocer el parto como un proceso fisiológico donde la mujer ocupa el lugar central, rodeada de profesionales que la acompañan respetuosamente, proporcionando intervenciones biomédicas solo cuando resultan necesarias según la evidencia científica actualizada. La transformación cultural de la atención obstétrica y neonatal debe involucrar a la sociedad más allá de la esfera institucional, medicalizada y jerárquica del sistema de salud, promoviendo un enfoque feminista de los derechos reproductivos que reconstruya las nociones de autonomía, dignidad y respeto en el contexto obstétrico.

El desafío consiste en articular una respuesta integral que movilice las voluntades políticas, los recursos institucionales y las capacidades comunitarias hacia un objetivo común: garantizar que cada mujer, con independencia de su condición socioeconómica o nacionalidad, pueda vivir el parto como un momento de poder y dignidad, no de vulnerabilidad y violencia. Esta transformación, además

de constituir un imperativo ético y legal, representa una oportunidad para reconstruir las relaciones entre el sistema de salud y la comunidad sobre bases de confianza, respeto y reconocimiento mutuo. El conocimiento de los derechos es insuficiente sin que las mujeres se reconozcan como titulares de estos derechos[42] y el reconocimiento de la existencia de la violencia obstétrica permite que las mujeres reconozcan sus derechos y autonomía para defenderse de la violencia y reclamar su soberanía sobre su cuerpo e integridad personal. Mientras todas las mujeres no tengamos control sobre nuestros propios cuerpos, los reclamos feministas tanto dentro como fuera del sector de la salud seguirán siendo relevantes.

Referencias

1. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol.* 2014;*76*(2):167-97.
2. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F, et al., editores. *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*. Ciudad de México: Editorial Nueva Imagen; 1978. p. 9-53.
3. Menéndez EL. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México: Cuadernos de la Casa Chata; 1983.
4. Menéndez EL. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología.* 1985;*7*(28):11-28.
5. Foucault M. *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard; 1976.
6. Rathe M. *Dominican Republic: implementing a health protection system that leaves no one behind*. Washington, DC: World Bank Group; 2018.
7. Santos Mercedes KD, Patricio Baldera J. Desigualdades sociales en la mortalidad materna, República Dominicana, 2016. *Cienc Salud.* 2023;*7*(3):23-36.
8. Oficina Nacional de Estadística, UNICEF. *ENHOGAR-MICS 2019: encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples, con la metodología de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, sobre la situación de niños, niñas, adolescentes y mujeres en la República Dominicana*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística, UNICEF; 2022.
9. Castro A. La violencia obstétrica o la provocación de la vulnerabilidad estructural en la atención del parto. En: Sesia P, Muñoz R, editores. *Entre las estructuras y la agencia: múltiples vulnerabilidades y respuestas en la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad Nacional de Lanús; 2024. p. 81-99.
10. Castro A, Savage V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol.* 2019;*38*(2):123-36.
11. Preaux A, Castro A. Obstetricians and the delivery of obstetric violence: an ethnographic account from the Dominican Republic. En: Davis-Floyd R, Premkumar A, editores. *Obstetric Violence and Systemic Disparities: Can Obstetrics Be Humanized and Decolonized?* Nueva York: Berghahn Books; 2023. p. 23-43.
12. Castro A. Witnessing obstetric violence during fieldwork: notes from Latin America. *Health Hum Rights.* 2019;*21*(1):103-11.
13. Organización Mundial de la Salud. *Trends in maternal mortality estimates 2020 to 2023*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025.
14. Castro A. *Violencia obstétrica en la República Dominicana: estudio epidemiológico observacional realizado en dos hospitales públicos*. Santo Domingo: UNICEF; 2020.

15. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. *Orientaciones técnicas para la atención obstétrica y neonatal con incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de derechos de niños, niñas, personas adolescentes y mujeres*. Santo Domingo: Oficina de Equidad de Género y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública; 2021.
16. Wutich A. Medical anthropology methods: discourse analysis. En: Callan H, editor. *The International Encyclopedia of Anthropology*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2018.
17. Van Dijk TA. *Discourse and power*. Nueva York: Palgrave Macmillan; 2008.
18. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Ginebra, París: Droz; 1972.
19. Gómez-Duarte I, Rojas Araya K, Gamboa Lizano V, Sáenz Madrigal R, López Vargas W, Sancho W, et al. The persistence of the hegemonic and patriarchal healthcare model during women-centered reforms of Costa Rica's public health system. *Soc Sci Med.* 2025;*377*:118083.
20. Martin E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press; 1992.
21. Davis-Floyd R. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press; 1992.
22. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuad Intercambio Centroam Caribe.* 2014;*11*(1):145-69.
23. Sesia P. Naming, framing and shaming through obstetric violence: a critical approach to the judicialization of maternal health rights violations in Mexico. En: Gamlin J, Gibbon S, Sesia PM, Berrio L, editoras. *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*. London: University College London; 2020. p. 222-47.
24. Sesia P. Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 3-29.
25. Féliz Lafontaine A. *Racismo y poder en la narrativa política dominicana*. Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert; 2025.
26. Oficina Nacional de Estadística. *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes, ENI-2017*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística; 2018.
27. Servicio Nacional de Salud. *Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud*. Santo Domingo: Servicio Nacional de Salud; 2024 [citado 22 dic 2025]. Disponible en: https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/
28. Rathe M, Moliné A. Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Publica Mex.* 2011;*53*:S255-S64.
29. Quesada J, Hart LK, Bourgois P. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Med Anthropol.* 2011;*30*(4):339-62.
30. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizan JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG.* 2018;*125*(10):1208-11.
31. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;*38*(2):96-109.
32. Saraiva V, Campos DS. The cheapest meat on the market is black meat: notes on racism

and obstetric violence against Black women. *Cien Saude Colet.* 2023;*28*(9):2511-7.

33. Santana JYdA, Cavalcante VMHP, dos Santos Filho RJ, da Silva AKP. Violência obstétrica contra as mulheres negras e a bioética de intervenção em contexto decolonial. *Braz J Dev.* 2023;*9*(2):7464-84.
34. Castro R, Frías SM. Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 57-75.
35. Preaux A, Castro A. Perspectives on intersectionality from public health and medical anthropology to promote health equity and reproductive justice. En: Geller PL, editora. *The Routledge Handbook to Feminist Anthropology*. Nueva York: Routledge; 2024. p. 416-29.
36. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdun D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016;*24*(47):47-55.
37. Ginsburg FD, Rapp R. Introduction: conceiving the new world order. En: Ginsburg FD, Rapp R, editoras. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press; 1995. p. 1-17.
38. Good B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
39. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Rev Estud Fem.* 2016;*24*(1):101-17.
40. Smith-Oka V. *Becoming gods: medical training in Mexican hospitals*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2021.
41. González MF, García Presas AL, Mattioli M. Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 171-93.
42. Muñoz García GB, Berrio Palomo LR. Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: la violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 103-29.
43. Sibrian N. Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres gestantes. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 145-69.
44. República Bolivariana de Venezuela. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2007.
45. Sadler M. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. vii-xxi.

46. Herrera Vacaflor C. Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna? En: Quattrocchi P, Magnone N, editoras. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Cuadernos del ISCo, Universidad de Lanús; 2020. p. 31-55.