



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD
ABIERTA**

**Experiencias de Violencia Gineco-Obstétrica
desde la voz de las mujeres. Una aproximación
fenomenológica.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALDO IVÁN OROZCO GALVÁN

DIRECTORA DE TESIS :

DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ

REVISORAS :

**DRA. CLAUDIA IVETTE NAVARRO CORONA
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ**

SINODALES :

**DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO
MTRA. ROSA MARÍA RAMÍREZ DE GARAY**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2018

PROYECTO PAPIIT IN305916





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A cada una de las mujeres que me ayudaron participando en esta investigación, por permitirme conocer sus historias, por compartirme parte de sus vidas, por dejarme conocer sus sentires y sus pesares para que pudiera realizar este trabajo. Esta tesis es de ustedes, estas líneas son sus voces. Sin ustedes, esto no habría sido posible.

A mi papá, porque a pesar de que no estuviste de acuerdo con algunas de mis decisiones, siempre buscaste la forma de mostrarme tu apoyo. Si pudieras verme ahora, sabrías como yo, que fue la decisión adecuada.

Agradecimientos

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por ser un espacio para mi crecimiento personal y profesional y un espacio de autodescubrimiento.

Al proyecto **PAPIIT IN305916** “Socializando en la igualdad de género y una cultura de inclusión: exploración de prácticas de crianza, discursos y dinámicas en el entorno de la diversidad familiar en el contexto mexicano”, por el apoyo brindado para la realización de esta tesis.

A la **Dra. Tania**, por su guía durante estos dos años y su acompañamiento constante. Por introducirme al feminismo y pregonar con la práctica, por dar un giro a mi vida gracias a sus enseñanzas y ayudarme a encontrar el camino que deseo transitar de ahora en adelante.

A **Yeri**, por impulsarme a tomar grandes decisiones, por apoyarme cuando nadie más estaba de acuerdo, por acompañarme a lo largo de todo este camino, por estar conmigo en mis peores momentos y ahora también en los mejores.

A **mi mamá**, por todos sus sacrificios, por acompañarme en las noches en vela, por conocerme mejor que yo mismo y porque aun cuando no estaba de acuerdo conmigo, me impulsó y me ayudó a crecer.

A la **Dra. Claudia**, por ayudarme a ver cosas que antes no sabía ver, por sus valiosos aportes a mi investigación, a mi formación y a mi pensar.

A la **Mtra. Rosa**, por sus valiosas críticas, observaciones, comentarios y enseñanzas, por su interés en mi trabajo y su lectura tan minuciosa.

A todos los integrantes del cubículo: **Lore, Jary, Lenin, Omar, Sagrario, Diana, Rose, Clau y la Dra. Tania**, mi familia por elección, por todos los momentos, los saberes y las reflexiones compartidas, por los aprendizajes en conjunto, por el acompañamiento a lo largo de todo este proceso y por ser parte fundamental de esta gran etapa de mi vida.

A la **Dra. Ana Celia** y la **Mtra. Patricia Paz**, por leer detenidamente mi trabajo y por sus importantes críticas y aportes.

Índice de Contenido

Introducción.....	6
Capítulo 1. La Violencia Gineco-Obstétrica	12
I. La Violencia Gineco-Obstétrica como violencia de género.....	12
II. Tipos de violencia gineco-obstétrica	18
III. La gravedad del problema. Violencia Gineco-Obstétrica en el mundo	26
IV. Naturalización de la violencia	36
V. Normativas para la eliminación de la violencia gineco-obstétrica.....	38
Capítulo 2. Causas y explicaciones de la Violencia Gineco-Obstétrica.....	45
I. Las “manzanas podridas”. Explicaciones individualistas de la Violencia Gineco-Obstétrica	47
II. Ver la violencia gineco-obstétrica a través de los lentes del género.....	50
III. La violencia y la medicina como dispositivos de control del cuerpo de las mujeres.....	55
IV. Modelos de atención del embarazo: Medicina vs partería	68
Capítulo 3. Método	84
Capítulo 4. Resultados	99
I. Caracterización general de las participantes.....	101
II. Sobre las experiencias subjetivas del parto	102
III. Sobre las violencias vividas por las mujeres	107
IV. Resistencias ante las violencias	138
V. Pensar en la interseccionalidad. Convergencia de distintas formas de Violencia Gineco-Obstétrica en la experiencia de dos participantes.	142
Capítulo 5. Discusión	165
Capítulo 6. Reflexiones finales	184
Bibliografía	187
Anexos	194

Resumen

La Violencia Gineco-Obstétrica es una forma de violencia contra las mujeres que constituye una flagrante violación a sus derechos. Ocurre durante la atención del embarazo, parto y posparto y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que resulte en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015, p. 12). El propósito de esta investigación fue caracterizar la Violencia Gineco-Obstétrica (quién la ejerce y de qué maneras), partiendo de la experiencias de las propias mujeres.

Esta fue una investigación cualitativa, usando una metodología fenomenológica, partiendo de las experiencias de las mujeres; y una epistemología feminista, para comprender el fenómeno en el marco de relaciones históricas de dominación determinadas por el género. Participaron 97 mujeres compartiendo sus historias, 71 a través de un formulario en línea y 26 por medio de entrevistas a profundidad. A partir de las experiencias narradas fue posible conocer que durante su atención hospitalaria existieron una gran cantidad de violencias, algunas ejercidas directamente por el personal de salud y otras más de origen institucional. Pero todas ellas tienen fundamento en un estereotipo sobre lo que debe ser una madre en nuestra sociedad: sumisa, obediente, amorosa, paciente, etc. Al tratar de forzar a las mujeres a ese estereotipo, se generaron estas violencias que causaron que la mayoría de las participantes vivieran sus procesos de parto principalmente desde el miedo y el estrés. Desde luego que existen resistencias por parte de las mujeres ante la infinidad de violencias, pero el sistema hospitalario se organiza de tal modo que esas resistencias desaparezcan para lograr el sometimiento de las mujeres.

Palabras clave: Violencia Gineco-Obstétrica, Investigación Feminista, Derechos Humanos, Derechos Reproductivos.

Introducción

En el año 2000, dirigentes de la mayoría de los países del mundo se reunieron con un importante objetivo: “liberar a nuestros semejantes, hombres, mujeres y niños de las condiciones abyectas y deshumanizadoras de la pobreza extrema” (ONU, 2015a, p. 3). Para lograrlo, se esbozaron ocho objetivos fundamentales, a cumplirse durante los siguientes 15 años. Estos fueron nombrados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y son los siguientes:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

Grandes avances se dieron hacia la consecución de estos objetivos, lo que ha ayudado a salvar muchas vidas y mejorar la calidad de vida de muchas personas, sin embargo, llegado el 2015 no se cumplieron las metas originales. En relación al presente trabajo, resultan de mayor interés el tercer y quinto objetivos, pues son estos los que dan cuenta de las desigualdades de género que aquejan a las mujeres y que se reflejan en desventajas que impiden su empoderamiento y su acceso a las mismas oportunidades económicas, políticas o de salud que los varones.

El empoderamiento de las mujeres tiene que ver con tres aspectos: el ejercicio de sus derechos reproductivos, la disminución de la violencia de género en los ámbitos privado y público y el incremento de su participación política para llegar a la paridad en el acceso a la toma de decisiones (ONU, 2007). Pese a los avances en esos 15 años, en los tres ámbitos existen aún condiciones de desigualdad y discriminación que obstaculizan el logro de la autonomía de las mujeres

También en aras de lograr la igualdad de género y el empoderamiento femenino, algunos años antes de la propuesta de los ODM, se llevó a cabo la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, en 1994. Las recomendaciones propuestas en esta Conferencia incluyen: 1) el mejoramiento de la condición de la mujer a través de mecanismos que garanticen su participación igualitaria y su representación equitativa en todos los niveles del proceso político y de la vida pública; 2) la promoción de la educación, el desarrollo de aptitudes y el empleo de la mujer; 3) la eliminación de todas las prácticas discriminatorias contra la mujer, incluyendo aquellas que ocurren en el lugar de trabajo, y las que afectan a su acceso al crédito, a la propiedad y a los sistemas de seguridad social; 4) la eliminación de todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas; entre otras.

Asimismo se reconocieron sus derechos reproductivos, es decir, su derecho a obtener información y tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección, seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles; además de su derecho a acceder a servicios de salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. También son parte de estos derechos, la libertad de decidir libre y responsablemente el número de hijos/as, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y el derecho a decidir en aspectos relacionados con su reproducción sin ser víctimas de discriminación, coacciones, ni violencia.

No obstante, ni las recomendaciones de la conferencia en El Cairo, ni los ODM han logrado sus propósitos y ya cumplida la meta de 2015 para los ODM, se ha concluido que los resultados fueron insuficientes, pues en todo el mundo mujeres y niñas siguen sufriendo discriminación, siguen siendo víctimas de violencia y se siguen violando sus derechos sexuales y reproductivos. Fue por ello que en ese mismo año, se reformuló la estrategia, surgiendo así los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), una serie de 17 objetivos y 169 metas que priorizan la igualdad y dignidad humanas y buscan cambiar el estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente, y que se puso como plazo para su cumplimiento el año 2030 (ONU, 2016).

Para fines del presente trabajo, resulta de mayor relevancia el ODS número 5, que consiste en lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas¹. Las metas de este objetivo son las siguientes (ONU, 2016):

- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en el ámbito público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
- 5.4 Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.
- 5.5 Asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles decisorios en la vida política, económica y pública.
- 5.a Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.
- 5.b Empezar reformas que otorguen a las mujeres igualdad de derechos a los recursos económicos, así como acceso a la propiedad y al control de la tierra y otros tipos de bienes, los servicios financieros, la herencia y los recursos naturales, de conformidad con las leyes nacionales.
- 5.c Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular la tecnología de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de las mujeres.

¹ Los otros objetivos son: el fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, agua limpia y saneamiento, energía asequible y no contaminante, trabajo decente y crecimiento económico, industria, innovación e infraestructura, reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles, producción y consumo responsable, acción por el clima, vida submarina, vida de ecosistemas terrestres, paz, justicia e instituciones sólidas y alianzas para lograr los objetivos.

5.d Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles.

Restando 12 años para llegar al plazo con que se comprometieron las naciones, y considerando la falla para lograr los ODM, cabe preguntarse: ¿Cuál es la situación de las mujeres en la actualidad en términos de violencia y discriminación? ¿Son estos indicadores suficientes para capturar todas las formas de discriminación y violencia que aquejan a las mujeres? ¿Existen violencias que no se consideran en este objetivo?

Para responder estas preguntas, comenzaré por definir qué se entiende por violencia contra la mujer. De acuerdo con la ONU (2007), este tipo de violencia incluye:

a) La violencia física, sexual y [p]sicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violencia física, sexual y [p]sicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; c) la violencia física, sexual y [p]sicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (p. 10)

Las cifras sobre violencia contra las mujeres son preocupantemente elevadas a nivel mundial y Latinoamérica no es la excepción. En Brasil, en 2001, una de cada cinco mujeres declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de un hombre; en Colombia, entre 1996 y 2000, la cantidad de denuncias por violencia intrafamiliar incrementó en 17,134 casos, pasando de 51,451 a 68,585, siendo las mujeres 79% de la población víctima de ese tipo de violencia. En Ecuador, en 2004, el 28% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad sufrieron maltrato físico antes de cumplir los 15 años, y el 25% reportó maltrato psicológico. La situación fue similar en Haití, en donde la cifra fue de 25,4% de las mujeres entre esas mismas edades. En Nicaragua, en

2003, se reportó que el 40% de las mujeres en edad reproductiva habían sufrido violencia física por parte de su pareja. En el 70% de los casos, la violencia fue severa, y el 31% de las mujeres fueron golpeadas durante, al menos, uno de sus embarazos. En Perú, el 42,3% de las mujeres reportó haber sido víctima de abusos físicos por parte de su pareja, y un 28% por parte de otros hombres (ONU, 2007). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 (INEGI, 2017), el 66.1% de las mujeres mayores de 15 años ha enfrentado por lo menos un acto de violencia alguna vez en su vida, siendo más frecuente en su relación de pareja (43.9% han sido agredidas por su pareja en algún momento de su relación); pero también es muy frecuente en el ámbito comunitario, en el cual 34.3% de las mujeres que respondieron la encuesta ha sufrido violencia sexual, en la forma de intimidación, acoso, abuso o violación.

Vemos pues que la violencia contra las mujeres puede ocurrir en cualquier ámbito y de muchas maneras y puede ser ejercida por diversas personas. En la mayor parte de los datos mostrados, la atención se pone en el hogar y la persona agresora suele ser la pareja de las mujeres, es decir, se refiere a la violencia referida en el inciso “a” de la definición previamente citada. Pero existen violencias que rara vez aparecen en las estadísticas, que suelen ser invisibles y sin embargo, tienen también severas consecuencias sobre las mujeres que aquellas violencias que han sido más estudiadas, como la marital. Estoy hablando de violencias que han sido históricamente toleradas por el Estado y otras instituciones, que se sustentan en la desigualdad entre hombres y mujeres, en las jerarquías de género, en el sexismo y en las jerarquías de saberes socialmente reconocidos. Me refiero en específico a un tipo de violencia que se ejerce cotidianamente en hospitales públicos y privados a nivel mundial, pero que pocas personas han cuestionado, puesto que involucra a una disciplina de mucha valía y reconocimiento social, de conocimiento incuestionable y autonomía plena: la medicina, y en particular la obstetricia. Me refiero a la Violencia Gineco-Obstétrica (VGO).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, propuestos por la OMS, buscan lograr la igualdad entre hombres y mujeres, y que desaparezca la violencia contra las mujeres, y para hacerlo necesita, entre otros aspectos, terminar con todas las formas de discriminación hacia ellas, eliminar todas las

formas de violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado, eliminar prácticas nocivas como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y crear políticas y leyes para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Pero lograr dichas metas es imposible cuando la discriminación, la violencia, las prácticas nocivas, la negación de servicios de salud y la vulneración de las mujeres son situaciones que se producen día a día en la práctica médica. Peor aún, son aceptadas, tomadas como normales y no son cuestionadas. Por lo tanto, el propósito de esta investigación es aportar algo en la búsqueda de lograr la visibilización de la Violencia Gineco-Obstétrica como una violencia estructural y presente en todos los niveles de atención de la salud ginecológica y obstétrica. También, cuestionar la pertinencia de esas prácticas tan comunes y cuestionar al sistema médico en general, a la luz de la evidencia proveniente de esas voces acalladas, las de las víctimas de esta violencia.

En este trabajo presento una investigación acerca de este fenómeno, visto desde la perspectiva de mujeres que han vivido esta forma de violencia. El primer capítulo presento un panorama general acerca del fenómeno, pues expongo las diversas definiciones que han surgido para nombrar el fenómeno en distintos ámbitos, cifras nacionales e internacionales que dan cuenta de la gravedad de este problema, así como las leyes existentes que buscan regular y evitar la ocurrencia de estas violencias. El capítulo 2 detalla diversas explicaciones acerca de lo que permite que exista la VGO de manera tan arraigada en los sistemas de salud, desde las explicaciones que ponen en unas cuantas personas que llevan a cabo malas praxis, hasta aquellas que buscan abordar el tema de una forma más amplia, atribuyéndolo a los estereotipos sociales sobre lo que debe ser y hacer una madre, al modo de concebir el proceso de embarazo por parte de la biomedicina, a la formación del personal de salud haciéndoles personalidades autoritarias y misóginas y a la medicina como institución que capitalizó la atención de los partos bajo un modelo tecnocrático y autoritario.

El capítulo 3 describe el método para la realización de la investigación, cuyos resultados se exponen en el capítulo 4. Finalmente, el capítulo 5 presenta una discusión sobre los hallazgos más relevantes y concluyo con algunas reflexiones y propuestas finales.

Capítulo 1. La Violencia Gineco-Obstétrica

I. La Violencia Gineco-Obstétrica como violencia de género

La violencia de género es aquella ejercida hacia las mujeres por el sólo hecho de ser mujeres, es decir, este tipo de violencia tiene su base en las estructuras de desigualdad de género mantenidas socialmente gracias a la existencia de normas y creencias que dan a entender que las mujeres ocupan un lugar inferior al de los varones. La ONU la define como

(...) cualquier acto de violencia basado en el género que resulta o puede resultar en daños físicos, sexuales o psicológicos o en el sufrimiento de la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya tenga lugar en el ámbito público o privado (ONU Mujeres, 2015, p. 11).

Existen varios tipos de violencia contra las mujeres, como la psicológica, la física, la patrimonial, la económica y la sexual. En cuanto al ámbito en el que ocurren estas violencias, se puede dividir como violencia en el ámbito familiar, violencia laboral y docente, violencia en la comunidad, violencia institucional y violencia feminicida. Para los fines de este trabajo, me centraré a continuación en la definición de violencia institucional que aporta la legislación mexicana (Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), 2007), en la que se entiende ésta como:

(...) los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (p. 6)

Otra forma de violencia contra la mujer, que no es considerada en la LGAMVLV es la violencia obstétrica (VO), que se define como

(...) una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015, p. 12).

Al contrastar las definiciones anteriores, resulta sencillo reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional contra las mujeres, que a su vez puede presentarse en modo de violencia física, sexual o psicológica. E igualmente puede entenderse como una forma de violencia de género en tanto que su existencia obedece al poder que posee el saber médico dentro de nuestra sociedad, lo cual permite que se legitime la creencia (tanto en la víctima como en las personas agresoras) de que las mujeres *tienen* que acatar las órdenes médicas para tener una *buena* atención, que *tienen* que confiar plenamente en que el actuar del médico es parte de su trabajo y procura siempre su bienestar, por lo tanto, debe permitirle que lo haga, aunque no esté conforme con el trato que se le da (Alejandra Aguirre, et al., 2013²)

Aunque no existe una definición única sobre este concepto, varias aproximaciones han surgido para tratar de nombrar el fenómeno. A mi parecer, la definición de GIRE es una de las más amplias al referirse a cualquier acción del personal que dañe a la mujer. No obstante, es importante citar otras definiciones debido a su importancia, sobre todo aquellas que existen en algunas legislaciones, pues resultan relevantes a la hora de buscar imponer sanciones a quienes ejercen tales violencias.

² En este trabajo citaré la primera aparición de cada autor o autora con nombre y apellido como un dato indicador de su "sexo". Esto para reconocer el trabajo hecho por hombres y por mujeres dentro de los textos y visibilizar que quienes producen el conocimiento científico no son únicamente varones, sino también mujeres.

El término “violencia obstétrica” se publicó en una legislación por primera vez en el año 2007, en la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, en donde se define como:

(...) la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por 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 mujeres (p. 30).

En la sección de delitos de esta misma ley se enumeran los actos específicos que constituyen este tipo de violencia, los cuales son: no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición de litotomía³ habiendo las condiciones para un parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, impidiéndole cargarle o amamantarle; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo al usar técnicas de aceleración del mismo o realizar una cesárea existiendo condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Tribunal Supremo, 2007).

En 2009, en una legislación Argentina también se incluye este término, en la ley de protección integral a las mujeres, en donde se entiende la VO, al igual que en Venezuela, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (ley 26.485, p. 4).

En el caso de México también se ha legislado al respecto, y algunos estados han incluido el término de “violencia obstétrica” en sus regulaciones locales, como es el caso de Durango (en 2007), Veracruz (en 2008), Guanajuato (en 2010), Chiapas (en 2012), Chihuahua y Quintana Roo (en 2014), Colima, Hidalgo, Tamaulipas y San Luis Potosí (en 2015) (GIRE, 2015b). Entre estos estados, resulta de mayor interés el caso de Veracruz, pues ahí se tipifica como delito en el código penal el ejercer este tipo de

³ Acostada boca arriba y con las piernas abiertas y levantadas.

violencia, con penas para quien la ejerce que van desde seis meses, hasta seis años de prisión (Congreso del Estado de Veracruz, 2010), aunque en realidad desde la promulgación de la ley no ha existido ningún tipo de sanción o penalización a quienes han incurrido en ese delito (Gabriela Almonte, 2016).

Un problema con las definiciones aquí presentadas es que en ellas resultan muy limitadas las situaciones que constituyen VO. En el caso de la primera definición, aparecen únicamente cinco situaciones: 1) no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, 2) obligar a la mujer a parir en posición de litotomía, 3) obstaculizar el apego precoz de madres y bebés, 4) alterar el proceso natural del parto y 5) realizar una cesárea sin el consentimiento de la mujer. Estas situaciones se quedan muy cortas si consideramos la gran cantidad de acciones y situaciones que se producen cotidianamente en los hospitales y que resultan sumamente violentas (esto se analiza más adelante en la sección sobre los tipos de VO). La definición Argentina podría dar más lugar a esas otras situaciones al englobarlas en tres grandes rubros: 1) abuso de medicalización, 2) trato deshumanizado y 3) patologización del embarazo; sin embargo, al no definir claramente estos rubros, podrían quedar libres a cualquier interpretación, de modo que el personal no considere como trato deshumanizado ciertas conductas que la mujer sí sienta de esa manera.

Dada la ambigüedad del concepto “trato deshumanizado”, la abogada Francisca Fernández (2015) especifica que este trato puede efectuarse de diversas maneras, todas ellas destinadas a que la mujer no pueda comportarse como “humana”, tales como impedirles pensar en el parto no dándoles información ni agencia para decidir por ellas mismas, por ejemplo, todas deben parir en la misma posición. Otras formas son separarlas de sus hijos o hijas al nacer como una rutina, sin justificación médica de ningún tipo; impedir que alguien de confianza pueda acompañarlas durante el proceso; engañarlas para efectuar una cesárea o acelerar el parto, sin motivos que los justifiquen realmente; o crear un ambiente desprovisto de intimidad para la mujer. Sin embargo, esta clarificación no aparece en ninguna de las leyes previamente mencionadas, lo cual resulta problemático, pudiendo leerse el trato deshumanizado de diversas maneras, de acuerdo a la conveniencia de los y las interesadas.

Ante la insuficiencia de estas definiciones, algunas académicas han propuesto alternativas, buscando abarcar de forma más completa todo este fenómeno, por ejemplo, Victoria Wohlgemuth (2015) define la VO como “el maltrato que sufre la mujer embarazada cuando sus decisiones son irrespetadas, cuando es juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y emocionalmente. Es una forma de maltrato permitido, muchas veces celebrado y agradecido” (p. 26). Además, este tipo de violencia es “expresada en las relaciones de poder que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da una apropiación del cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos presentes durante su embarazo (Wohlgemuth, 2015, p. 26).

Esta última definición ve el problema como algo más amplio, de modo que no pertenece únicamente al médico o médica en particular que la ejerce, sino que hablan de un problema institucional, que legitima los procedimientos que se realizan y son tomados como “normales” o “naturales”, al grado de ser “celebrados y agradecidos”. Además, al centrarse esta definición en la mujer embarazada, al decir que es juzgada, atemorizada, humillada y lastimada, sin mencionar quién lo hace, da a entender que no es únicamente un o una médica quien ejerce la violencia con intención de dañar, sino que se trata de toda una estructura que facilita que diversas personas, en función de su posición dentro de la jerarquía institucional, puedan ejercer este tipo de violencias.

Por su parte, Meghan Bohren, et al. (2015) proponen el término de “maltrato de mujeres”⁴, en lugar de violencia obstétrica, al considerar que éste puede capturar de mejor manera la enorme cantidad de experiencias descritas por las mujeres y el personal de salud. De esta forma, factores como los relacionados con el sistema de salud pueden ser mejor incluidos en la definición, pues pese a que son vividos como maltrato por las mujeres, no son del todo actos de violencia intencionales.

Dentro de esta definición, mencionan que las experiencias que engloba pueden ser activas (como abuso físico intencional), pasivas (como atención deficiente o negligencia inintencionada debido a una alta demanda de trabajo), relacionadas con el comportamiento de los individuos (como abuso verbal hacia las mujeres por parte del personal) o relacionadas con las condiciones del sistema de salud (como falta de camas).

⁴ *Mistreatment on women*, en el original.

Empero, aunque existen ciertos aspectos como la falta de recursos, tanto humanos como materiales, que impiden una atención adecuada de las mujeres, sea de forma intencionada o no, igualmente deviene en un sufrimiento o humillación para las mujeres. A pesar de que no se pueda localizar en una persona en particular, se trata de una violencia institucional, por lo que considero más adecuado el uso del término violencia obstétrica. Además, el término “maltrato de mujeres” no permite ver esta violencia como institucional y como íntimamente ligada con la idea de la maternidad, la reproducción y la sexualidad de las mujeres, como lo hace el llamarla “obstétrica”.

Si bien en las definiciones ya citadas se menciona únicamente que dicha violencia ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, algunas autoras consideran que va más allá e incluye todo un “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva (Gabriela Arguedas, 2014, p. 157), entendiéndose como tal no sólo embarazo, parto y puerperio, sino todas las situaciones relacionadas con la reproducción, como la anticoncepción, la planificación familiar o la menopausia (Laura Belli, 2013). Yo ampliaría esta crítica, pues no sólo se trata de situaciones relacionadas con la reproducción, sino que puede ocurrir en cualquier escenario relacionado con la atención ginecológica de las mujeres, independientemente de la reproducción, por lo que considero más adecuado el término **“violencia gineco-obstétrica”**. Este término ya fue usado en una propuesta de ley en Chile, en 2015, para reconocer que este tipo de violencias también se ejerce sobre mujeres no embarazadas, “en el marco de atención médica ginecológica y obstetra, que le produce algún tipo de vejamen, la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y [...] reproducción” (Cámara de Diputados, República de Chile, 2015, p. 110)

Por lo tanto, considerando los aspectos más importantes de las definiciones anteriores, considero la Violencia Gineco-Obstétrica (VGO) como un tipo de violencia contra las mujeres que constituye una violación a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos. Ocurre durante la atención ginecológica u obstétrica de las mujeres y se presenta como cualquier acción u omisión ejercida por el personal de salud (médicos/as, enfermeras/os, personal auxiliar, administrativo, etc.) que provoque algún daño físico, sexual o psicológico a la mujer, y puede expresarse a través de un trato

cruel (como abuso físico, verbal o sexual, exceso de medicalización, o realización de procesos innecesarios que dañan el cuerpo de la mujer), inhumano (tratar a la mujer como objeto impidiéndole cualquier tipo de agencia, negándole el acceso a información o la capacidad para tomar decisiones sobre su cuerpo) o degradante (humillaciones, negligencia intencional o por deficiencias en el servicio). Y que además es producto de una red multifactorial en la cual se cruzan aspectos socioculturales como el sexismo, el androcentrismo y la violencia de género.

Es importante mencionar que la definición anterior no es exhaustiva, en el sentido que no menciona todos los actos que pudieran considerarse VGO, no obstante, sí trata de ser amplia, de manera que al considerar esta violencia como una violación de los derechos humanos en general (entre ellos, el derecho a la vida, a la igualdad y no discriminación, a la integridad y seguridad personales, al acceso a la justicia, a la información y a la salud), y en particular sus derechos reproductivos (como el derecho a obtener información precisa, a decidir sobre su vida reproductiva) y sexuales (como el decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, respeto a la intimidad y privacidad, vivir libre de violencia física, psicológica y sexual y recibir información adecuada sobre sexualidad) (Amnistía Internacional, 2017); pueden describirse toda una serie de conductas y procesos que, pese a que no se han mencionado expresamente, formarían parte de la definición. A continuación se hace una revisión más detallada de aspectos que suceden en la práctica médica cotidiana y deberían considerarse VGO.

II. Tipos de Violencia Gineco-Obstétrica

Es posible encontrar en la literatura diferentes clasificaciones que agrupen las diversas conductas violentas, desde una clasificación muy general, en la que se distinguen VGO física y psicológica (Graciela Medina, 2008, en Natalia Magnone, 2011), hasta clasificaciones más amplias con hasta siete categorías: 1) abuso físico, 2) atención no consentida, 3) falta de confidencialidad durante la atención, 4) atención no digna (incluida maltrato verbal), 5) discriminación basada en atributos específicos, 6) abandono o negación de atención y 7) detención en centro de salud (Diana Bowser y Kathleen Hill, 2010, en Renée Montesinos-Segura y Álvaro Taype-Rondán, 2015). Considero que no es tan relevante preocuparse por las clasificaciones como por el

contenido de cada una, no obstante, con fines prácticos, en este trabajo me baso en la clasificación propuesta por la OMS debido a su mayor influencia en las instituciones de salud. La OMS (en Belén Castrillo, 2016) propone cinco tipos de VO: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina, 2) maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3) Falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4) ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, con información incompleta, verdadera y suficiente; y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas o étnicas. A continuación presento los resultados de algunas investigaciones sobre violencia obstétrica, acomodando las conductas que encontraron a esta clasificación de la OMS.

1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina.

En una revisión sistemática realizada por Alexandra Cassiano, et al. (2016) sobre investigaciones realizadas en Brasil, Venezuela, Argentina y Cuba, se reporta que las principales conductas de VGO son la episiotomía⁵ innecesaria y dolorosa, el uso de la maniobra Kristeller⁶, revisión uterina⁷, uso de enemas⁸, realización de tricotomía⁹ y la realización de cesáreas y esterilización quirúrgica sin consentimiento informado.

Otra de las prácticas rutinarias es que toda mujer debe permanecer acostada, se les prohíbe levantarse y a todas, sin importar si su embarazo sea o no de riesgo, se les coloca una vía intravenosa tan pronto como entran a la sala. Esto más que ayudar, resulta en una cadena de situaciones en las que unos procedimientos se vuelven necesarios porque los procedimientos anteriores los provocan:

Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular, esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación

⁵ La episiotomía es una incisión del perineo de la mujer, se realiza sobre la línea media de la mujer, desde la parte inferior de la vulva hacia el ano, o desde la parte inferior de la vulva hacia afuera y hacia abajo, en dirección opuesta al recto. La supuesta justificación de su realización es para facilitar al personal de salud la sutura de una incisión recta, en comparación con una irregular que se produciría si no se realizara este procedimiento, que disminuye el dolor posoperatorio y existe una mejor cicatrización. Todas estas justificaciones están infundadas (Gary Cunningham, et al., 2011)

⁶ Esta maniobra consiste en presionar con fuerza la parte superior del abdomen de la mujer con el objetivo de empujar a su bebé hacia afuera.

⁷ Procedimiento en el cual quien atiende el parto introduce su mano, cubierta de gasas, en el útero y hace una "limpieza". Supuestamente para remover restos placentarios (CENETEC, 2014)

⁸ Introducción de un líquido en el recto o colon, a través del orificio del ano.

⁹ Rasurado del vello púbico.

sean más lentas. Entonces les pasan por la vía intravenosa un oxitócico¹⁰ para aumentar las contracciones, al aumentarlas son más dolorosas lo que aumenta el estrés de la mujer y también de quienes la atienden. Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del o la recién nacida y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para lograr una mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están suturando la herida de la episiotomía, no le permiten cargar inmediatamente a su hijo o hija, generando una situación de angustia e impidiendo el apego precoz. Todo esto sin hacer mención del impacto afectivo, emocional y psicológico que en la mujer tiene el que su cuerpo sea objeto de esta terrible serie de procedimientos médicos. (Marbella Camacaro, 2009, en Camacaro 2010).

2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física.

En esta categoría se describen golpes, agresión, abuso físico, “toques rudos” y el uso de fuerza extrema. Los actos más comúnmente referidos fueron golpes y cachetadas con la mano abierta o con un instrumento, ser pinchadas en los muslos y pateadas. Algunas mujeres fueron atadas a la cama durante el parto o fueron amordazadas (Bohren, et al., 2015). En el caso del abuso verbal, ocurrieron en todos los estudios, independientemente de la región del mundo, el nivel socioeconómico de las mujeres, su nivel de escolaridad o la pertenencia a alguna minoría étnica. Aquí se mencionan el uso de lenguaje grosero, comentarios acusatorios o juzgándolas sobre su actividad sexual. Incluso se reportan insultos, particularmente en el caso de mujeres con un bajo estatus socioeconómico, migrantes o pertenecientes a una minoría étnica (Lara Westbrook, 2015). Asimismo, Aline de Carvahlo y Geiza Martins (2016) hablan acerca de comentarios usados para denigrar a las mujeres y negar su conocimiento sobre sus cuerpos, negación de que el contexto afecta el proceso de parto, juzgar y culpabilizar a las mujeres, ponerles apodos, gritarles y decirles groserías, abuso verbal, humillación, expresiones irónicas, comentarios irrespetuosos y amenazas de abandonarlas o no atenderlas.

¹⁰ Medicamentos que aumentan la contractilidad de los músculos del útero para inducir artificialmente el proceso de parto. Cuando se usan, el parto ha de vigilarse como si fuera de alto riesgo (Cunningham, et al, 2011).

Algunas mujeres también fueron ridiculizadas o reprendidas por algunos hechos, como su incapacidad para amamantar a su hijo o hija, el no haber asistido a control prenatal o la ausencia de su pareja durante esos momentos. Otras mujeres fueron amenazadas con darles un cuidado de menor calidad, retrasar su tratamiento o posibles daños a sus bebés como resultado de algunos de sus comportamientos durante el proceso de parto, como no cooperar con todas las indicaciones del personal (Bohren, et al., 2015).

Cassiano, et al. (2016) encontraron una falta de respeto al dolor sentido por las mujeres y, en consecuencia, el personal no hizo nada para paliarlo, al considerar que las mujeres deben soportar el sufrimiento, como un precio a pagar por el acto sexual que condujo a su embarazo (*“Bien que cuando cogiste no gritabas. Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo”* [Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) e Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), s.f., p. 19]). Otra práctica común que encontraron fueron las burlas, llenas de prejuicios, mismas que ni siquiera se identifican como actos de violencia, motivo que provoca que sean cotidianas en la práctica.

En esta misma categoría podemos mencionar un desprecio por la autonomía de las mujeres, causada porque el personal de salud no reconoce a las mujeres como protagonistas de su parto y se siente con la autoridad y responsabilidad de conducirlo, como si fuera un proceso patológico en vez de fisiológico. Se sobrevalora el uso de tecnologías y conlleva un uso excesivo de medicamentos, sobre todo para mujeres con bajo riesgo reproductivo. Y el uso de jerga técnica, incomprensible para las mujeres, que refuerza el sistema de dominación sobre ellas. Como consecuencia de todo lo anterior, las mujeres son alienadas, despersonalizadas, deshumanizadas, se anulan sus identidades, convirtiéndolas en un número de cama o en un caso a ser estudiado, diagnosticado y tratado. Esto, a su vez, lleva a una violación a la privacidad y confidencialidad (Carvahlo y Martins, 2016).

Otra forma por medio de la cual se hace evidente la violencia es cuando las mujeres hacen “demasiadas” preguntas sobre su proceso, o indican alternativas para su atención diferentes al modo usual de hacer las cosas, en esos casos, sus opiniones se ignoran y la mujer es desvalorizada:

Si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada como que es muy quejosa, como que pregunta demasiado, no es valorada en la preocupación por su salud y la de su hijo, y en general es tomada por una persona molesta" (partera, en Magnone, 2011, p. 10).

Por último, se puede incluir en este rubro también el hecho de que se aisle a las mujeres a su ingreso a la zona de labor de parto del hospital, desnudarlas para usar batas desechables abiertas por la parte de atrás, prohibirles deambular, comer, beber, y bañarse (Camacaro, 2010). Todas ellas son prácticas que facilitan al personal de salud tener un control sobre los cuerpos de las mujeres, anular sus identidades, acallar sus reclamos, violar su autonomía. Las mujeres aisladas, desnudas, silenciadas, amenazadas, no tienen más alternativa que obedecer para "facilitar" el trabajo del personal.

3. Falta de insumos e instalaciones adecuadas.

En esta categoría se incluyen diversos obstáculos que impiden la atención óptima del parto en las clínicas, por ejemplo, la insuficiencia de personal, falta de cortinas para separar a unas mujeres de otras (en algunos lugares, todas las mujeres estaban en un área común, sin divisiones y en otras incluso tenían que compartir la cama con otra), insuficiencia de insumos (medicamentos, guantes, sangre, etc.), falta de políticas para la atención de quejas (incapacidad para quejarse al no haber seguimiento a las quejas ni sanciones) (Bohren, et al., 2015).

Carvahlo y Martins (2016) hablan acerca de la falta de acceso de mujeres de escasos recursos a los servicios básicos de salud, que las obliga a realizar largos viajes a diferentes clínicas para lograr que las atiendan; falta de la estructura adecuada dentro de las clínicas, incluyendo recursos físicos y humanos insuficientes; la prohibición de que alguien acompañe a la mujer durante su proceso, incluyendo la específica prohibición de que un hombre entre a la sala de expulsión, basada en el argumento de que no se puede asegurar la privacidad de las otras pacientes, pues el espacio mismo impide una atención en privado. Estas condiciones las autoras las engloban como *violencia institucional*.

4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, sin información completa, verdadera y suficiente.

Bohren, et al. (2015) se refieren a esta categoría como “inhabilidad de cumplir los estándares profesionales del cuidado”, clasificación que resulta un tanto más amplia de lo que menciona la OMS, pues incluye la falta de consentimiento informado, principalmente para realizar procedimientos como una cesárea o los tactos vaginales, que la mayoría de mujeres consideró como excesivos y deshumanizantes, así como realizados en un lugar sin privacidad. También una falta de confidencialidad, al compartir el personal de salud información privada con sus parejas o con otras usuarias (como su condición de VIH positivo). Algunas mujeres también reportaron negligencia y abandono, las interacciones con el personal eran “apresuradas” y las mujeres se sintieron como una carga o una molestia para el personal. Tampoco sintieron que la preocupación por su bienestar fuera lo central de su cuidado y que eran ignoradas y excluidas de las decisiones sobre su parto, resultando en una falta de respeto a prácticas tradicionales (como enterrar la placenta) o las posiciones para el parto. Las mujeres reportan haberse sentido despojadas de su dignidad porque el personal objetivizó sus cuerpos, siendo forzadas colocarse en sobre sus cuatro extremidades, o exponer su cuerpo desnudo a incontables médicos/as, residentes, pasantes y otras personas. Y pese a la incomodidad, algunas mujeres mencionaron no tener la oportunidad de negarse a la realización de esas prácticas, pues ni siquiera fueron consultadas antes de hacerlas (CLADEM e INSGENAR, 2008).

5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas o étnicas

Las principales razones por las cuales existe discriminación en las salas de parto pueden dividirse en cuatro categorías: 1) etnicidad, raza o religión, 2) edad (adolescentes solteras y mujeres mayores que habían tenido varios partos), 3) estatus socioeconómico (mujeres con poco poder adquisitivo sentían que recibieron un peor tratamiento por no ser capaces de pagar sobornos, fueron humilladas por su pobreza, por no saber leer o escribir o por vivir en zonas rurales o barrios marginados, o estar “sucias” o “desaliñadas”) y 4) condiciones médicas (mujeres con VIH sintieron que su estatus de VIH positivo provocó que recibieran un menor cuidado, incluyendo un retraso

en intervenciones esenciales, evitación del contacto con ellas y menores exámenes vaginales (Bohren, et al., 2015)).

Algunas actitudes discriminativas basadas en diferencias de clase, género y etnia, predeterminan que a las mujeres se les realicen determinados procedimientos, como la episiotomías o cesáreas. Para las mujeres de menores recursos económicos existen otras prácticas de violencia como abandono, falta de respeto, negligencia hacia su dolor o negación de la atención (Carvahlo y Martins, 2016). En este mismo sentido, Cassiano, et al. (2016) encontraron que, aunque en todas las clínicas se pueden encontrar algunas conductas violentas de este tipo, existe una gran diferencia en la atención entre las clínicas públicas y privadas, habiendo una mayor frecuencia de actos en las clínicas públicas. En el ámbito privado, la atención es cuidadosa y las acciones realizadas a las mujeres suelen ser aclaradas y bien ejecutadas por parte del personal de salud. En el ámbito público, por el contrario, la asistencia “gratuita” es concebida como un gesto generoso, por lo que debe ser aceptado y soportado sin explicación ni cuestionamientos.

Las categorías anteriores son una división virtual, sólo hecha con fines prácticos. En realidad muchas de las acciones violentas podrían acomodarse en más de una de las categorías. Lo que nos permiten apreciar estas categorías es la amplia gama de conductas violentas, si bien algunas obedecen más al desabasto de clínicas y hospitales y muchas veces son inevitables para el personal, muchas otras tienen que ver directamente con el trato ofrecido a las mujeres, que denota que se les ve en un lugar de inferioridad y vulnerabilidad. En la tabla 1 se encuentran condensados todos los tipos de violencia para una mejor visualización.

1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina	<ul style="list-style-type: none"> • Maniobra Kristeller • Episiotomía innecesaria • Revisión uterina rutinaria • Uso de enemas evacuantes • Rasurado del vello púbico • Imposición de la posición de litotomía • Cesáreas innecesarias • Esterilización quirúrgica sin consentimiento informado • Colocación rutinaria de vía intravenosa • Aplicación rutinaria de oxitocina • No permitir el apego precoz madre-hijo/a 	3. Falta de insumos e instalaciones adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia de personal • Falta de cortinas para separar a unas mujeres de otras • Falta de insumos (medicamentos, guantes, sangre, etc.) • Falta de políticas para atención y seguimiento de quejas • Falta de acceso a la salud en comunidades aisladas • Instalaciones inadecuadas para permitir el acompañamiento de familiares. • Falta de sensibilización al personal de salud
2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física	<ul style="list-style-type: none"> • Golpes • Agresiones • Abuso físico • Toques rudos • Uso de fuerza extrema • Pinchazos en los muslos • Ser atadas a la cama durante el parto • Ser amordazadas • Uso de lenguaje grosero • Comentarios juzgando su actividad sexual • Insultos • Denigrar a las mujeres • Negar el conocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos y procesos • Poner apodosos • Expresiones irónicas • Amenazas de abandonar o no atender • Culpabilizar o ridiculizar a las mujeres • No respetar el dolor de las mujeres • Uso de jerga técnica sin explicar a las mujeres • Ignorar a las mujeres • Aislar a las mujeres de sus familiares • Prohibirles comer, beber, caminar y bañarse 	4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre, sin información completa, verdadera y suficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de consentimiento informado • Tactos vaginales excesivos • Falta de confidencialidad • Negligencia y abandono por parte del personal • Mujeres son excluidas de las decisiones sobre su proceso • Exponer su cuerpo a incontables personas • Mujeres no son consultadas sobre las prácticas que se realizarán
	5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas étnicas, entre otras.	<p>La discriminación es principalmente por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad (adolescentes solteras o mujeres mayores con varios/as hijos/as) • Estatus socioeconómico (poco poder adquisitivo) • Analfabetismo • Condición de VIH positivo • Atención en hospital público • No respetar costumbres o creencias 	

Tabla 1. Clasificación de los tipos de Violencia Obstétrica de acuerdo con la OMS (Elaboración propia, con base en información de Bohren, et al., 2015; Camacaro, 2010; Carvahlo y Martins, 2016; Cassiano et al., 2016; Castrillo, 2016; Magnone, 2011).

III. La gravedad del problema. Violencia Gineco-Obstétrica en el mundo

Estudiar la VGO resulta de interés en tanto se ejerce de forma cotidiana y con total impunidad en los hospitales públicos y privados en México y muchos otros países. El mayor problema con este tipo de violencias es que se sustentan en dinámicas culturales que permiten que se menoscaben los derechos de las mujeres en tanto que el poder de la figura del/la médico/a sostiene un papel privilegiado. Debido a ello (y otras razones que se analizarán más a profundidad en el siguiente capítulos posteriores), toda acción, por violenta que sea, es tolerada, incluso aceptada por las instituciones y hasta por las mismas mujeres que la sufren, pues muchas veces ni siquiera la ven como violencia. Hechos como este favorecen que a nivel mundial existan cifras en extremo elevadas de acciones violentas contra las mujeres en la atención de su parto.

Violencia obstétrica en el plano internacional

Aunque se trata de un tema poco explorado, los estudios existentes nos dan un panorama de la enorme prevalencia del problema. Bohren, et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de estudios a nivel internacional y encontraron altos índices de VGO en diversos países, aunque muchas veces no se nombre de esa manera o ni siquiera sea percibida del todo, por ejemplo, en Tanzania encontraron que 19.5% de las mujeres participantes refirieron haber sufrido algún tipo de maltrato durante su parto cuando se les realizó una encuesta durante su estancia hospitalaria, pero esta cifra subió al 28.2% cuando se les volvió a realizar la encuesta cinco a diez semanas después de su egreso.

El maltrato fue referido en forma de “cuidado no digno” (12.9% en la encuesta inicial y 18.9% en el seguimiento), gritos o regaños (8.7% en la encuesta inicial, 13.8% en el seguimiento), negligencia (8.5% en la inicial, 15.5% en el seguimiento) y abuso físico (2.9% en la inicial, 5.1% en el seguimiento) (Margaret Kruk, et al. (2014), citada en Bohren, et al., 2015). Este hecho da cuenta de la naturalización del fenómeno que existe en los hospitales, tanto por parte del personal de salud como de las mismas mujeres, quienes no se dieron cuenta de que habían sido violentadas hasta luego de un tiempo de haber vivido el parto.

Otro estudio (David Sando, et al (2014), citados en Bohren, et al, 2015), también realizado en Tanzania, exploró el maltrato a mujeres que viven con VIH. El 12.2% de estas mujeres reportaron alguna forma de maltrato, comparadas con el 15% de las mujeres sin VIH. Llama la atención además que las observaciones reportadas por los investigadores señalan cifras mucho más elevadas que las reportadas por las mujeres, por ejemplo, falta de privacidad (94.4% de las mujeres con VIH, 91.3% de mujeres sin VIH), no pedir consentimiento para realizar exámenes vaginales (100% de las mujeres con VIH, 79.8% de mujeres sin VIH), y atar las piernas de las mujeres a la cama para limitar sus movimientos (0% en mujeres con VIH, 3.3% en mujeres sin VIH).

En un tercer estudio (Innocent Okafor, et al., 2015, citados en Bohren, et al, 2015), realizado en Nigeria, casi todas las mujeres reportaron algún tipo de maltrato (98%), incluyendo abuso físico (35.7%), ser atadas durante labor de parto (17.3%), ser golpeadas, pinchadas o cacheteadas (7.2%) y hasta ser abusadas sexualmente por algún trabajador de salud (2%).

Una de las formas de VGO que se reporta con mayor consistencia es la realización de episiotomías. Michelle Sadler, et al. (2016) recabaron datos de investigaciones de diversos países y encontraron tasas de realización de esta práctica muy variadas: 70% en Chipre, Portugal y Polonia; 43-58% en Bélgica, República Checa y España; y 16-36% en Gales, Escocia, Finlandia, Estonia, Francia, Suiza, Alemania, Malta, Eslovenia, Luxemburgo, Bruselas, Letonia e Inglaterra. El porcentaje disminuyó en Dinamarca (4.9%), Suecia (6.6%) e Islandia (7.2%). En Latinoamérica el panorama es más preocupante: un estudio realizado en 122 hospitales de 16 países latinoamericanos entre 1995 y 1998 mostró que el 87% de los hospitales tenían tasas de episiotomía mayores al 80% y el 66% mayores a 90% (Fernando Althabe, et al., 2006, en Sadler, et al., 2016).

También se considera VGO la realización de la maniobra Kristeller, la cual se realizó en un 26.1% de los partos vaginales en España, cuando la recomendación es que no se realice nunca, pues se relaciona con un aumento de morbilidad materna y fetal (Carla Cobo, 2016).

Otro procedimiento constitutivo de VGO es la aplicación a las mujeres, sin justificación clínica, de oxitócicos para acelerar su parto. La OMS considera que la

aplicación de estos medicamentos no debería sobrepasar el 10% de los casos y debería usarse lo menos posible debido a sus efectos secundarios que incluyen un mayor dolor, puede causar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo, sin embargo, datos en España señalan que se usa hasta en el 53.3% de los partos (Cobo, 2016), mientras que en Venezuela en el 80% (Camacaro, et al., 2015). Esta práctica supone un riesgo para estas mujeres ya que la aplicación de estos fármacos debe hacerse solo en condiciones estrictamente necesarias y de acuerdo a los casos individuales. Peor aún, al 88,3% de las mujeres a quienes se les aplicaron, no se les solicitó consentimiento informado, violando así su derecho a estar informadas sobre los procedimientos que se les realizan.

Algunos estudios consideran como otro acto de VGO la estimulación de los pezones: se le pide a la mujer que se autoestime los pezones para generar oxitocina, una hormona que ayuda a aumentar la contractilidad del útero. Camacaro, et al. (2015), observaron esa acción en el 86,7% de mujeres que participaron en su estudio. Esta conducta impide el apego precoz del recién nacido, ya que las indicaciones a favor de la lactancia materna señalan que se debe poner inmediatamente al/la recién nacido/a al pecho de la madre y en estos casos se evitó. El contacto precoz piel a piel de la madre y el bebé supone beneficios para ambos, para el bebé: se normaliza su temperatura, su glucemia¹¹ y se inician sus reflejos de búsqueda y succión, lo que facilita una lactancia exitosa a futuro; a la madre le beneficia porque la estimulación de los pezones que hace el bebé contribuye a la producción de oxitocina, lo cual ayuda a la contracción del útero, facilita la expulsión de la placenta y favorece el apego con su bebé (Camacaro, et al., 2015).

En el mismo estudio citado en el párrafo anterior, un abrumador 97,7% de las mujeres fueron sometidas a revisión uterina, es decir, que después del parto fueron expuestas de nueva cuenta a oxitócicos para acelerar la expulsión de la placenta, además de someterlas a una limpieza uterina que, además de ser sumamente invasiva e incómoda, lesiona innecesariamente el endometrio.

La mayor parte de los estudios citados previamente no hacen distinción en relación a si el parto fue atendido en un hospital público o privado, con excepción del

¹¹ Nivel de glucosa en la sangre.

realizado por Cassiano, et al (2016), quienes distinguen una buena atención en el ámbito privado y más formas de violencia en el público, en el cual al considerarse un servicio de asistencia “gratuito”, todas las violencias deben ser toleradas. Debido a estas condiciones, resultaría fundamental para las investigaciones hacer la distinción entre el tipo de servicio, pues la mayor parte de violencias o las más graves parecen suceder más en el ámbito público. Sin embargo, el sector privado también tiene sus problemas, aunque se trata de formas distintas de violencia. Una de las más significativas es la realización de cesáreas poco justificadas, el adelanto de la fecha de parto por “recomendaciones médicas” o por la solicitud de las futuras madres o sus parejas o familiares, mostrando una falta de ética, pues en muchos de los casos la razón implícita para realizar cesáreas es porque resultan más rentables económicamente que los partos. Muchas veces, las cesáreas son innecesarias (Asia Villegas, 2009). De acuerdo con la OMS (2015b), una tasa de cesáreas mayor al 10% no está asociada con una reducción de la mortalidad materna ni infantil y recomienda que la tasa no rebase el 15%. En los países Nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), junto con Israel y Países Bajos existen tasas entre 15 y 16.5% de todos los nacidos vivos; mientras que en Latinoamérica se encontraron las más altas tasas del mundo, de más de 40%, siendo Brasil el más alto con 54%. Es muy notable la diferencia respecto de hospitales públicos y privados, por ejemplo, en Chile, en hospitales públicos la tasa fue de 39%, mientras que en privados fue de 72%, en 2012 (Michelle Sadler, et al, 2016).

Si bien es cierto que en el caso en que las mujeres deciden que se les realice una cesárea no existe violencia, pues están en todo su derecho de decidir sobre sus cuerpos, además de que el desarrollo tecnológico ha hecho de las cesáreas un procedimiento seguro y efectivo, también puede tener serias consecuencias, pues comparado con el parto vaginal, presenta mayor mortalidad materna, mayor estadía hospitalaria, mayor tiempo de recuperación, mayores problemas respiratorios para el recién nacido y alteraciones psicoafectivas para la madre (Natalia Magnone, 2014). Además, las complicaciones suelen ser comunes: se ha encontrado que 27% de las mujeres con cesárea presentan complicaciones, 10% de las cuales son severas, además de que es más probable que haya complicaciones en el caso de las cesáreas

programadas. Algunas de las más graves son un mayor riesgo de paro cardíaco, hematoma de la herida quirúrgica, histerectomía¹², infección puerperal¹³, tromboembolismo venoso¹⁴, entre muchas otras (Rosario Cárdenas, 2014).

El problema es que en muchos casos las razones para realizar cesáreas van más allá de los motivos médicos, pues existen ciertas condiciones socio-demográficas que influyen sobre esta decisión. En general, mujeres con mayor escolaridad, que residen en zonas urbanas, con ingresos económicos altos, que tienen seguros médicos privados o se atienden en una institución privada tienen mayor riesgo de que su embarazo sea atendido mediante una cesárea. Esto demuestra que la mayoría son cesáreas electivas, programadas bajo el entendido de que resulta más fácil o menos doloroso, pero en tanto que resulta más redituable para el/la obstetra, se omite mencionar las mayores complicaciones que supone una cesárea (Cárdenas, 2014). La violencia, por ende, no es la realización de la cesárea, sino el ocultamiento por parte del personal, de información sobre las consecuencias sobre la salud que conlleva una cesárea, con el propósito de obtener mayores ganancias económicas.

Por último, otra forma de violencia, que aparece en muy pocos estudios, es que se impidió que las mujeres tuvieran compañía durante el trabajo de parto, hecho que sucedió al 84.5% de las mujeres en un estudio de Sudáfrica (Heather Brown, et al., 2007, citadas en Bohren et al., 2015), y en Brasil, en el 41.8% de los casos el o la acompañante no pudo estar presente en la sala de labor y al 98.6% se le prohibió la entrada a la sala de expulsión (Elizabeth Nagahama y Silvia Santiago (2008), citadas en Bohren, et al, 2015). En la misma línea, Alexandra Cassiano, et al. (2016) reportan en su estudio que el acompañamiento se negó sólo cuando el acompañante era hombre, presumiblemente por la falta de un espacio que asegure la privacidad de otras usuarias. En Argentina, una de las demandas más frecuentes que se realiza es la negación a la mujer de ser acompañada cuando se les realiza una cesárea, a pesar de que la presencia de un o una acompañante no presenta ninguna desventaja en el ambiente quirúrgico, por lo que la decisión se debe únicamente a la comodidad de las y los

¹² Extirpación quirúrgica del útero.

¹³ Se denomina puerperio a la etapa que transcurre desde la finalización del embarazo hasta que el organismo de la mujer vuelve a su estadio previo al embarazo.

¹⁴ Formación de un coágulo que viaja por el torrente sanguíneo y puede bloquear el flujo de sangre a una zona del cuerpo.

médicos de acuerdo con sus protocolos (Télam (2015), citado en Lara Westbrook, 2015).

Violencia obstétrica en México

En el caso concreto de nuestro país, no existen muchas investigaciones sobre este tema, pero las existentes muestran una grave problemática, particularmente en las instituciones públicas de salud. De acuerdo con Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014), entre los años 2000 y 2012 se presentaron 2877 quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) relacionadas con servicios de ginecología y obstetricia, correspondiente al 14% de las quejas totales, siendo esta especialidad la que acumuló un mayor número de denuncias. Por su parte, GIRE (2014) solicitó a las instituciones de salud de México los datos acerca de las quejas relacionadas con violencia obstétrica presentadas entre 2009 y 2012. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) reportó 122 quejas por malos tratos y negligencia médica en el marco de la atención gineco-obstétrica. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSa) dijeron no tener dicha información. Por su parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) informó que recibió un total de 122 quejas, 92 provenientes del IMSS, 13 del ISSSTE y 3 de la SSa en el mismo periodo (Adriana Franco, 2013, en Almonte, 2016). Si comparamos dichos datos con los reportados en las investigaciones que se presentan a continuación, es evidente que existe un enorme subregistro, provocado en parte por la naturalización de la violencia, la subordinación de las mujeres y la inhabilidad de las clínicas y hospitales para responder ante las quejas que sí se presentan. Vemos así que dichas demandas son ignoradas, lo cual queda manifiesto en la falta de datos del IMSS y la SSa. Adicionalmente, pese a las denuncias, no existen penalizaciones para quienes incurran en tales actos (GIRE, 2014). Todo esto dificulta que nuevas demandas se presenten.

Otro motivo por el cual sucede el subregistro es que la mayor parte de juristas que atiende las negligencias médicas son varones, sin formación en género, o médicos legistas que fueron formados dentro de los hospitales en los cuales la realización de dichas prácticas es normal (Cobo, 2016).

En el año 2016, la ENDIREH (INEGI, 2017) incluyó por primera vez preguntas para indagar sobre la existencia de violencia obstétrica en la atención de mujeres de

entre 15 y 49 años¹⁵. Si bien las preguntas únicamente indagan algunas formas puntuales de VO entre las muchas que hay, se trata de la primera aproximación de estas magnitudes realizada en el país, pues respondieron a estas preguntas un total de 8.7 millones de mujeres.

Esta encuesta nos permite ver las enormes dimensiones de este problema en el país, pues el 11.2% de las mujeres indicó haber recibido gritos o regaños durante la atención de su parto, el 10.3% indicó que el personal tardó mucho en atenderla debido a que se quejaba mucho; el 9.9% señaló haber sido ignorada cuando pedía información sobre su proceso de parto o su bebé; 9.2% fueron obligadas a permanecer en una posición incómoda o molesta para ellas; y el 7% señalaron que el personal las humilló u ofendió. El 4.8% de las mujeres que respondieron la encuesta indicó que el personal de salud se negó a anestesarlas para disminuir su dolor sin dar explicaciones; el 3.2% señaló que le impidieron ver, amamantar o cargar a su bebé durante más de 5 horas sin indicarle el motivo.

Por otro lado, 9.2% de las mujeres fueron coaccionadas para que se colocaran un método anticonceptivo o las operaran para no volver a embarazarse, al 4.2% les obligaron a adoptar tales métodos, pues ni siquiera les informaron o no otorgaron su consentimiento. Aunque entre quienes sí firmaron un consentimiento informado, no siempre fue de manera informada, pues el 1.7% de quienes respondieron la encuesta señalaron haber sido obligadas a firmar el consentimiento sin saber de qué se trataba.

Finalmente, entre las mujeres a quienes se les realizó una cesárea (42.8% de las mujeres) al 10.6% no se les informó claramente por qué era necesario ese procedimiento y el 9.6% no brindó su autorización para la realización del mismo.

¹⁵ Las preguntas fueron: 1) ¿La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?; 2) ¿Le gritaron o la regañaron?; 3) ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, “¿así gritaba cuando se lo hicieron?” o “cuando se lo hicieron, ahí si abrió las piernas ¿no?”)?; 4) ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé?; 5) ¿Se negaron a anestesarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones?; 6) ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho?; 7) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de 5 horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?; 8) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; 9) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?; 10) ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era?. Para aquellas que tuvieron una operación cesárea: 11) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea? y 12) ¿Usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea?

Además, en los casos en los que sí se firmó una autorización para hacer la cesárea, no fue la propia mujer quien la autorizó, sino el esposo (57%), el padre, madre o algún familiar (20%), u otra persona (7%).

Sumando todas las formas de violencia resulta que el 33.2% de las mujeres que respondieron esta encuesta (mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo o hija nacida viva en los últimos 5 años) sufrieron alguna forma de VO durante su parto, esto es cerca de 3 millones de mujeres.

Además de esto, el porcentaje de mujeres que reporta algún tipo de violencia varía en función del hospital en el cual fueron atendidas, siendo más frecuente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con 40.8% de las mujeres, seguido por otros hospitales o clínicas públicas de la entidad federativa (SSa), con 38.7%, algún centro de salud con 34.7% y clínicas u hospitales del ISSSTE (29.8%). Llama la atención que los índices más bajos se reportan en hospitales o clínicas privadas (18.2%), consultorio médico particular (17.7%) y reportan violencias con mucha menor frecuencia aquellas mujeres que fueron atendidas en sus casas con parteras o curanderas (4.5%).

Como resulta evidente en los párrafos previos, una de las principales conductas de VGO que suceden en México es la enorme realización de cesáreas. Algunas fuentes (GIRE, en Almonte, 2016) reportan que México tiene el cuarto lugar a nivel mundial en realización de cesáreas, con el 38% de los nacimientos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2012) indican que la cifra es de 45.2% (un aumento considerable respecto a la cifra de 2000, que fue de 29.9%) Este problema es mucho mayor en hospitales privados, pues en ellos el 90% de los nacimientos nacen por este método, en el IMSS la cifra es de 51%, en el ISSSTE de 40% y el menor es en la SSa con 25% (GIRE, en Almonte, 2016). Estas cifras están muy lejos de las recomendaciones de la OMS, que dice que la tasa no debería rebasar el 15% (Rosario Valdez-Santiago, Elisa Hidalgo, Marina Mojarro y Luz María Arenas, 2016).

Otro tipo de VGO reportado en nuestro país es la realización de demasiados tactos vaginales. En un estudio realizado en el estado de Morelos (Valdez-Santiago, et al., 2016) se reportó esta acción como el principal tipo de violencia. El rango de tactos realizados a las mujeres fue de 1 hasta 40, con un promedio de 4.47 ± 3.68 . Si la

terminación del embarazo fue por parto normal, a las mujeres se les realizaron entre 5 y 8 tactos, si se trató de una cesárea programada, la cantidad fue de 3 a 4.

La conducta que ocupó el segundo lugar en violencias realizadas en ese mismo estudio fue la episiotomía, que se realizó en 66.5% de las embarazadas, 53% de las cuales se encontraban en su primer embarazo. En tercer lugar encontraron la amniotomía¹⁶ y la administración de oxitocina, que se efectuaron, respectivamente, en el 56% y el 54% de las mujeres. Finalmente, a 25% de ellas se les administró un enema evacuante.

De la misma manera, 19% de las mujeres refirieron algún tipo de abuso verbal, en forma de regaños y humillaciones, con frases como: “no grite”, “no llore”, “no se queje”, “aguántense”, “acuérdense cómo los estaban haciendo, ahí si lo gozaban, ahora están que chillan”. También incluyeron en ese rubro el ser ignoradas. El 8% de las mujeres también reportaron abuso físico, descritos de la siguiente manera: “me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo” (la maniobra Kristeller), “sutura sin anestesia”, “golpes en las piernas”, “amenazas” y “pellizcos”. También resultó evidente que muchas de las prácticas que se realizan no son concebidas como maltrato, pues el 11% de las mujeres dijeron sentirse maltratadas durante su atención obstétrica, sin embargo, al contabilizar a aquellas que, pese a no haber reportado maltrato, sí refirieron que se les efectuó alguno de los procedimientos que constituyen VGO, la cifra asciende a 29% (Valdez-Santiago, et al., 2016).

María Tinoco (2016) estudió la VGO desde sus mayores consecuencias: la muerte materna. En una investigación realizada en Michoacán, encontró que el 77% de las defunciones obstétricas en un hospital se debieron a negligencia, impericia, omisiones, dilaciones y abandono por parte de los profesionales de salud. En la misma línea, María Freyermuth (2014) analiza las principales dificultades en el acceso a la salud, es decir, fallas estructurales que devienen en muertes maternas en muchos casos. Ella habla de tres demoras que retrasan en mucho la atención de la mujer en riesgo obstétrico y disminuyen las posibilidades de que sobreviva. La primera de estas demoras es la ignorancia por parte de las mujeres y quienes están a su alrededor, acerca de los signos de alarma que indican una urgencia obstétrica, por lo que no

¹⁶ Ruptura provocada de las membranas fetales para inducir el parto

deciden buscar atención pronto; la segunda demora es cuando, a pesar de que la mujer y su familia sí conocen los signos de alarma y deciden ir a una clínica, esta no tiene los recursos para dar la atención necesaria y la mujer debe ser trasladada a otra unidad que sí cuente con esos recursos, con todo el tiempo que lo anterior conlleva. La tercera demora sucede cuando la calidad de la atención en la clínica a la que es referida la mujer es escasa, y ellas deben enfrentarse a nuevas dificultades, como que no son admitidas en la unidad y deben de ir a buscar otra más, la atención demora demasiado, pasa mucho tiempo entre la indicación médica y el inicio de su tratamiento, no se cumplen adecuadamente las normas para la atención de emergencia obstétrica, entre otras.

La segunda de las demoras mencionadas anteriormente, en la que las clínicas no cuentan con la capacidad para la atención obstétrica adecuada, es un problema de bastante gravedad en nuestro país y constituye una discriminación hacia las mujeres, muchas veces en razón de su condición socioeconómica, pues en los lugares en donde este problema se acentúa son en localidades con poca población, que suelen estar aisladas de los servicios de salud. Freyermuth (2014) reporta que la tasa de mortalidad materna es el doble en el caso de localidades de menos de 2500 habitantes que en aquellas con más de un millón, sin embargo, sólo cerca de la mitad de las mujeres que residen en esas pequeñas comunidades falleció en las clínicas más cercanas a las mismas, lo que refleja el trayecto que tienen hacer las mujeres hacia los hospitales de las grandes ciudades, en las cuales su atención es, de nuevo, demorada, disminuyendo en mucho su probabilidad de supervivencia. Para sumar a esto, la condición de derechohabencia de las mujeres es otro factor que aumenta mucho las probabilidades de que mueran en caso de una emergencia obstétrica. La misma autora indica que la razón de mortalidad materna de mujeres que no son derechohabientes de los servicios públicos de salud es el doble a nivel nacional, en comparación con las que sí son derechohabientes (70.59 en comparación con 38.71). Esto a pesar de que existe una ley en México que obliga a todas las clínicas y hospitales del Sector Salud a atender las emergencias obstétricas, independientemente de la condición de derechohabencia o no de las mujeres (Secretaría de Salud, 2012).

Es posible apreciar, a partir de estos datos, que nos enfrentamos a un problema estructural de proporciones enormes. A pesar de que es un fenómeno que se ha estudiado relativamente poco, es posible ver con esos estudios que en todos los países en los que se ha abordado, las dimensiones del problema son exorbitantes, lo cual queda manifiesto en las elevadas tasas de cesáreas, episiotomías, inducción innecesaria de los partos y, en el caso específico de México, las condiciones del sistema de salud, que permite y facilita que ocurran situaciones como las narradas antes que han llevado en muchos casos a la muerte materna.

Pese a ello, se sigue repitiendo constantemente en clínicas y hospitales y sucede con total normalidad e impunidad. Esto obedece, en parte, a que el fenómeno se naturalizó, como muestro en la siguiente sección.

IV. Naturalización de la violencia

El hecho de que la mayor parte de las prácticas mencionadas, pese a que no se encuentran justificadas por evidencia científica, ni por las recomendaciones nacionales ni internacionales para la atención del parto, e incluso están contraindicadas, se sigan realizando con tal frecuencia, puede deberse a que, en general, esas conductas se transmiten entre las y los médicos en la práctica y son asumidas como verdaderas y necesarias, sin cuestionar su validez. Este mismo hecho dificulta el cambio y la desaparición de prácticas que se han probado innecesarias y hasta dañinas desde hace varias décadas (Cobo, 2016). Es a esto a lo que me refiero con naturalización de la violencia gineco-obstétrica, y da lugar a lo que Castrillo (2016) llama “violencias invisibles”, las cuales se deben a tres motivos principales:

- 1) la ausencia de testigos que puedan constatar la agresión, pues en las salas de partos las mujeres se encuentran solas ante la prohibición de que ingrese algún acompañante, en las salas solo existen las mujeres, víctimas de la violencia y el personal de salud, ejecutores;
- 2) la violencia es resultado de relaciones asimétricas de poder que se encuentran normalizadas, como la que se da entre los médicos y las mujeres, relación sustentadas en el saber-poder que socialmente se atribuye a la medicina y la subordinación que socialmente se atribuye a las mujeres; y

- 3) la violencia simbólica, bajo la cual no solo el médico ejerce su dominio y su poder sobre la mujer, sino que ésta última se somete y acepta los tratamientos, en parte porque es convencida de que se realizan por su bien, pero más importante por el temor a las represalias o por la culpabilidad que le generan por no aceptar la violencia, y todo esto se ve reforzado por la complicidad existente entre el personal, que termina por revictimizar a la mujer que pide ayuda.

Todos estos mecanismos confluyen, de modo que las violencias se ejercen y se reciben sin cuestionarse, todo se convierte en una rutina automática para el personal de salud y las mujeres conciben la rutina como algo “normal”. “Se estandariza como normal que todas las parturientas, sin importar sus singularidades, deben recibir el mismo tratamiento. Afeitado, corte, drogas, hormonas, siguiente” (Wohlgemuth, 2015, p. 34), obedeciendo una visión industrializada del proceso.

Más evidencia de la naturalización de estas prácticas puede verse en el lenguaje usado en las salas de parto, donde se habla una jerga construida que refleja cómo las prácticas de VGO son parte de la cotidianidad en los hospitales. Fernández (2015) enumera algunas de estas frases usadas en España, pero no resultan extrañas en países como el nuestro:

- “Limpiar la guardia”. Se refiere a acelerar los partos mediante fármacos, o realizar cesáreas únicamente con el fin de que ningún nacimiento ocurra durante la noche, “arruinando” el descanso nocturno del personal de guardia o para dejar la guardia libre para urgencias que pudieran llegar.
- “Parir a la mujer”, “hacerle el parto”. Describe un común diálogo entre médicos que pudiera mencionar frases como: “¿a esta, la pares tú o la paro yo?”, “¿La parimos ahora o más tarde?”, todas ellas reflejando que no es la mujer la protagonista, “no es algo que ella hace, sino que “se le hace”.
- “El punto del marido”. Significa coser de más la abertura vaginal para estrecharla y, según su concepción, dar más gusto al marido.
- “Fórceps docentes”. Utilización de fórceps para la atención, no por indicación médica, sino para enseñar la técnica a estudiantes.
- “Esas caderas son buenas para llevar vaqueros, pero no sirven para parir”. Según esta autora, los argumentos de “pelvis estrecha” o “desproporción céfalo-

pélvica” suelen ser mentiras para justificar gran cantidad de cesáreas innecesarias.

- “Te quedará una cicatriz de bikini”. Usada para trivializar los resultados y consecuencias de una cesárea, impidiendo a las mujeres expresar su dolor y frustración.
- “Parir sin anestesia tiene el mismo sentido que sacarse un diente sin anestesia”. Reflejando un desconocimiento y desvalorización de los procesos de las mujeres, como si fueran lo mismo los dos procesos, las consecuencias de la anestesia fueran similares y como si las mujeres “hubieran intentado el parto normal por simple masoquismo”.

Ante este panorama, sería difícil condensar todas las conductas constitutivas de VGO en una breve definición para poder introducirlas dentro de una normativa para la regulación o penalización. Este hecho favorece la impunidad al respecto, sobre todo porque la mayor parte de estas violencias ni siquiera son concebidas como tales. Aunado a ello, también lo favorece el hecho de que no hay un seguimiento de los casos sí denunciados, y que el orden social no cuestiona el proceder médico. Debido a esa autonomía para actuar, resulta poco menos que imposible modificar las prácticas y el modo de hacer las cosas dentro de los hospitales, es por ello que, pese a que desde hace décadas se han publicado diversas normativas para regular el problema y para promover la atención del parto de forma “humanizada”, poco ha cambiado en realidad. En la siguiente sección se presentan algunas de estas normativas.

V. Normativas para la eliminación de la Violencia Gineco-Obstétrica

Normas internacionales.

Las principales normativas internacionales que rescatan la necesidad de erradicar la violencia contra las mujeres son las surgidas de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de 1994; la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979; la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer de 1993; y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de

1995. En esta última, se habla de este tipo de violencia como “un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres” (Carlota Pereira y Alexa Domínguez, citadas en Cobo, 2016, p. 19).

Un antecedente importante al surgimiento de movimientos en contra de este fenómeno es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. En ella, se propuso un nuevo concepto de “salud sexual y reproductiva”, que considera el derecho a la salud sexual segura y satisfactoria, el acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de salud que ofrezcan “atención digna y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para el nacimiento de los recién nacidos” (Aguirre, et al, 2013, p. 23). Otro concepto importante incluido en la misma Conferencia fue el de ciudadanía, que se refiere a la

condición de los individuos que, en razón de pertenecer a una comunidad política determinada gozan de derechos que pueden y/o deben ejercer, así como, ciertas obligaciones que deben cumplir con el objetivo de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen”. (Aguirre, et al, 2013, p. 23).

Entonces, el ver a las mujeres como ciudadanas, en lugar de hacerlo como pacientes (hecho que sólo perpetúa las relaciones de dominación por parte del personal de salud), implicaría verlas desde una perspectiva de derechos, quedando de manifiesto los derechos y obligaciones que tienen las personas para garantizar la realización de sus capacidades individuales y de su comunidad. De aquí deriva el concepto de “ciudadanía reproductiva”, que se refiere a la “capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (Castro y Erviti, 2015, p. 40).

Una forma en la que la consecución de dicha ciudadanía reproductiva se vería reflejada, sería cuando las mujeres elijan el tipo de parto que prefieran, y hacerlo con

información completa y fiable de todas las opciones posibles. Justamente este es el objetivo de la política internacional del Nacimiento Humanizado, que ha sido promovido por la OMS desde 1985 (OMS, 1985). El documento de la OMS sobre el parto humanizado surge a partir de la Conferencia sobre la tecnología apropiada para el embarazo, parto y puerperio, que se llevó a cabo en 1985 en Fortaleza, Brasil. Los acuerdos a los que se llegaron fueron los siguientes:

- Durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, se debe asegurar el bienestar de la madre por medio del libre acceso de una/un familiar (o acompañante) elegido por ella. Además, el equipo de salud está en la obligación de suministrarle apoyo emocional.
- Las mujeres que paren en instituciones (hospitales y clínicas) deben conservar su derecho a decidir sobre la ropa a usar (la de ella y su bebé), comida, disposición de la placenta, y otras prácticas culturalmente significantes.
- La/el recién nacida/o sana/o debe quedarse con la madre siempre y cuando esto sea factible. La observación médica de la/el bebé no justifica su separación.
- Se debe promover la lactancia materna inmediatamente después del parto, antes de salir de la sala de partos (cuando ésta exista).
- No hay justificación alguna, en ninguna región del mundo, que la cesárea exceda el 10 a 15% de los partos por año.
- Se deben fomentar partos vaginales después de una cesárea cuando se disponga de un servicio de cirugía de urgencia.
- No existen indicaciones para el rasurado púbico o el enema antes del parto.
- No se recomienda que la mujer embarazada sea colocada en posición decúbito dorsal (acostada de espaldas) durante el trabajo de parto; ni en la posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras o ganchos) para el parto en sí. Más bien se le debe alentar a caminar durante el trabajo. Para parir, cada mujer debe tener la libertad de decidir la posición a adoptar.
- Se debe proteger el periné cuando sea posible. La episiotomía de rutina no tiene ninguna justificación.
- Se debe restringir la inducción del parto a las que sean indicadas por razones médicas específicas. Ninguna región geográfica debe sobrepasar el 10% del total de partos por inducción.

- Durante el parto, se debe evitar la administración rutinaria de analgésicos y anestésicos (que no sean requeridos específicamente para corregir o prevenir una complicación).
- No hay justificación para la rutina de romper las membranas (bolsa de agua) artificialmente al inicio del proceso de parto.
- Investigaciones adicionales deberían determinar el mínimo de ropa especial (batas, máscaras, monos, etc., esterilizados) requerido para las personas que asisten al parto y a la/el recién nacida/o.

Normas nacionales.

En el caso específico de nuestro país, existen varias normativas que dan cuenta de la manera correcta de actuar en la atención de partos. En primer lugar está la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007 de la atención del embarazo, parto y puerperio y atención al recién nacido, también está la Guía de práctica clínica: “Vigilancia y manejo del parto” (CENETEC-Salud, 2014) y la guía sobre “Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención” (SSa) (Aguirre, et al 2013). Todas ellas tienen como objetivo proporcionar al personal de salud “información sistemática, objetiva y basada en la mejor evidencia disponible, de la gestión y uso apropiado de las tecnologías para la salud, que apoye a la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos”. (CENETEC-Salud, s.f. parr. 2). Además, estas normativas incorporan algunas de las recomendaciones de la OMS para el parto humanizado y contraindican gran parte de las prácticas realizadas usualmente, como el gran número de episiotomías, cesáreas e inducciones del parto.

A continuación presento algunas de las recomendaciones de CENETEC (2014) para la atención del parto de bajo riesgo:

- Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano... [son] prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. (p. 21).
- El profesional de la salud que atienda partos no debe tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el

contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención (p. 33).

- El personal de salud debe brindar un trato respetuoso, profesional y apegado a aspectos éticos y de derechos humanos a las pacientes que soliciten atención durante el embarazo y parto (p.35).

Se muestra en estas recomendaciones esa visión de que el problema de la VGO es únicamente un problema de calidad de la atención ocasionado por algunos miembros del personal, que se resolverá con un trato amable. Ya de antemano resulta alarmante que deban publicar recomendaciones basadas en evidencia científica para demostrar que un trato amable a la paciente resultará en mayor satisfacción en la experiencia de su parto, esto llega al absurdo cuando se enlistan las acciones a tomar en aras de dar ese trato, por ejemplo: “salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos”, “evite la expresión de frases humillantes, maltrato, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo”, “obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen” (p.22). Además, no deja de dar el protagonismo al personal durante el proceso, pues continúa diciendo que si se atiende a las mujeres con calidez, “se fomentará su cooperación durante los procedimientos” (p. 22) (esto es, se someterá más fácilmente). Hemos visto ya cómo la falta de cooperación en las mujeres es una de las causas reportadas por médicos como razón de que hayan actuado de manera violenta.

En la tabla 2 se enlistan algunas de las prácticas más comunes de violencia obstétrica, acompañadas de la recomendación que hace la CENETEC al respecto:

Procedimiento	Recomendaciones de CENETEC
<i>Restricción de líquidos o alimentos</i>	Esta técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal y el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o ingerir alimentos (p. 24). No existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto (p.24).
<i>Administración de soluciones IV</i>	No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo (p.25).
<i>Amniotomía o uso de oxitócicos</i>	La inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes de forma rutinaria (p. 26).
<i>Uso de enemas</i>	No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto (p. 27).
<i>Tricotomía</i>	Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva (p. 28). Se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos, con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.
<i>Tactos vaginales</i>	Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos (p. 33) Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar a ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo de periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva (p. 34).
<i>Movilización durante el trabajo de parto</i>	Se recomienda que durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito (p.41).
<i>Posición durante la expulsión</i>	Procurar la atención del parto en posiciones verticales, tomando en cuenta la decisión de la mujer en trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones de la unidad hospitalaria y la capacitación del profesional de la salud, siempre y cuando no exista una contraindicación médica (p. 42)
<i>Episiotomía</i>	No debe practicarse episiotomía de rutina en todos los partos espontáneos (p.44). Debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente (p.44).
<i>Maniobra de Kristeller</i>	Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller (p. 46).
<i>Revisión uterina</i>	No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica, endometritis, y dolor en la paciente, solo en casos selectivos como sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección (p. 59).
<i>Apego inmediato</i>	La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el periodo posparto inmediato, apoyando el contacto piel a piel (p. 63).

Tabla 2. Recomendaciones de CENETEC sobre el manejo de parto de bajo riesgo. Elaboración propia con datos de CENETEC (2014).

Todas las prácticas enlistadas en la tabla 2 están contraindicadas en la mayoría de los casos, la única justificación para realizarse es en caso de necesidad clínica, bajo los cuales se debe explicar todo a la mujer y solicitar su consentimiento informado. Las exorbitantes cifras de episiotomías y de cesáreas que se mencionaron en el primer capítulo, dan cuenta de que claramente se están ignorando dichas normas y que el hacer médico no siempre toma en consideración las recomendaciones de las instancias regulatorias, sino que gran parte de este se aprende en la práctica, se vuelve un hábito y, por tanto, incuestionable, preconsciente incluso, y se realiza únicamente porque así se aprendió a hacerse. De esta forma, a todas las mujeres que ingresan a la sala de partos se les coloca una solución intravenosa (suero), se les asigna una cama de la que prácticamente no pueden moverse o levantarse (y se convierte en su identidad, refiriéndose a ellas como la cama 3 o la cama 5), se les aplican oxitócicos para acelerar el parto, se les hace un rasurado del vello púbico, se les realiza una episiotomía y muchas veces también la maniobra Kristeller. Incluso cuando *todas* estas prácticas están contraindicadas en la mayor parte de los casos, y en el caso de la última, se insta a no hacerla bajo ninguna circunstancia.

Existen varias probables causas que podrían indicar el por qué se realizan estas prácticas, aun cuando explícitamente se prohíben. En el siguiente capítulo analizo con detalle varias de estas teorías, que hablan sobre la formación de un cierto modelo de médico o médica útil para el sistema y sobre la presencia de graves prejuicios sexistas y androcéntricos dentro de la medicina y la sociedad en general.

Capítulo 2. Causas y explicaciones de la Violencia Gineco-Obstétrica

Dada la evidencia presentada en el capítulo anterior, resulta increíble que la mayor parte de las prácticas realizadas durante la atención del parto por el personal de salud no tienen justificación científica ni legal alguna y pese a ello su uso persiste con total normalidad en la atención de los embarazos. Cabe entonces preguntarse: ¿por qué? Varios autores y autoras han aventurado algunas probables explicaciones desde muy diversas perspectivas. Algunas permanecen en el plano individual, culpando a algunas “manzanas podridas”, es decir, aceptan que existen tales prácticas, pero defienden que no son lo común, que sólo algunas pocas personas las realizan, presuntamente debido a factores personales como el estrés, o incapacidad de sobrellevar la emocionalidad que supone un parto (Ibone Olza, 2014). Otras posturas culpan al sistema de salud, atribuyendo el problema únicamente a la falta de recursos humanos y materiales para la atención adecuada de las mujeres (Mario Bronfman, et al., 1997).

Desde luego que no son desestimables estas explicaciones, pero no alcanzan a captar todo el sentido del problema, en el caso de la primera, no llega a explicar por qué la violencia gineco-obstétrica (VGO) es también ejercida por estudiantes en formación y médicos/as que recién inician su práctica profesional, que no han tenido el tiempo suficiente para desarrollar síndrome de *Burnout* (Carla Cobo, 2016); en el segundo caso, resulta evidente que la falta de insumos y de personal dificulta sobremanera ofrecer un servicio digno, sin embargo, esto solo explicaría uno de los cinco tipos de violencia obstétrica que se mencionaron en el capítulo anterior. El no tener suficientes insumos no es justificación para burlarse de las mujeres, para realizarles procedimientos innecesarios (que incluso resulta en un mayor costo y uso de recursos) o para golpearlas o humillarlas.

En contraposición, existen explicaciones que van más allá e intentan dar cuenta de la existencia de discursos prevalecientes en el campo médico que reflejan que en éste se reproducen una serie de estereotipos e ideas misóginas y sexistas, bajo las cuales se considera que las mujeres son inferiores, deben sufrir para llegar a la maternidad, se les culpa por el acto sexual que llevó al embarazo, etc. Y estas ideas se

reproducen en la cotidianidad de la práctica médica y se interiorizan en todos los actores y actrices que se desenvuelven en ese campo (Castro y Erviti, 2015). Estamos hablando, bajo esta visión, de grandes estructuras que sustentan que se produzcan estas prácticas, el orden patriarcal en el ejemplo anterior, pero también el capitalista, que impone una visión del proceso de parto como un proceso industrial y a las mujeres como máquinas que generan un producto. Bajo esta mirada, el logro de la eficiencia es fundamental, de modo que es lícito hacer uso de diversas técnicas para acelerar los partos e “incrementar los números” que mostrarán una mejor cara del hospital: más partos atendidos, más métodos anticonceptivos colocados, etc. (Arguedas, 2014).

A continuación, se revisan más a profundidad estas diversas posturas, haciendo énfasis en las explicaciones que intentan captar el problema como macroestructural. Sin pretender restar responsabilidades de los/as individuos/as que ejecutan este tipo de violencia, me parece de mayor importancia ver más ampliamente el problema y analizar qué dinámicas sociales son las que permiten que exista y que ocurra con tanta frecuencia, impunidad y naturalidad. En este sentido, los distintos enfoques buscan explicar cómo las normas y estereotipos de género, así como el sexismo y un orden patriarcal se instauran en la práctica médica, cómo se construye la subjetividad de las y los médicos/as permeada por ese mismo orden, cómo la medicina se ha constituido como un poder disciplinario con la capacidad de controlar los cuerpos de las mujeres y cómo gracias a ello sus procesos fisiológicos son capturados y resignificados por la medicina, convirtiéndolos en fenómenos patológicos que deben ser controlados mediante diversas tecnologías.

I. Las “manzanas podridas”. Explicaciones individualistas de la violencia gineco-obstétrica

En primer lugar me centraré en aquellas perspectivas que ven la VGO como causada por unas pocas personas debido a situaciones personales que las predisponen a actuar de esa manera. Como será evidente, dedico muy poco espacio a estas perspectivas, pues considero que este tipo de explicaciones fallan al no ver el fenómeno como un problema estructural. Aunque facilita las cosas a la hora de planear intervenciones, pues permite enfocarlas en esas pocas personas, a quienes se les instruye a tener tratos más amables hacia las mujeres; pero resultan en intervenciones ineficaces, pues no se combate el problema de fondo.

Este tipo de aproximaciones reducen la VGO a un problema de “calidad” de los servicios que se puede dividir en dos tipos: por un lado están las causas relacionadas con miembros del personal de salud que ejecutan estas violencias por razones particulares y por otro las fallas de calidad de la atención inevitables para el personal, que se deben a la falta de insumos en los hospitales o condiciones de trabajo inadecuadas. Respecto al primer grupo de causas, algunas de las razones que pueden llevar al personal de salud que atiende partos a ejercer la VGO pueden ser la falta de información y de habilidades técnicas para hacer frente a los aspectos emocionales y sexuales que surgen en el proceso de parto, algún trauma no resuelto en el personal, relacionado con la falta de espacios de apoyo en los cuales puedan abordar sus sentires en relación con las iatrogenias¹⁷ que causan sus prácticas, estos sentires no trabajados llevan al personal a efectuar una mayor medicalización como estrategia defensiva para “prevenir” consecuencias adversas en la mujeres, pero el exceso de medicalización produce nuevas iatrogenias, que hacen pensar que la medicalización es necesaria, en una espiral interminable. Además, estos sentires no trabajados contribuyen al desarrollo de síndrome de *Burnout*, aunados a las condiciones de trabajo sumamente demandantes y la escasez de recursos humanos y materiales en los hospitales (Olza, 2014).

¹⁷ Una iatrogenia es un acto médico que resulta perjudicial para la o el paciente. No necesariamente implica una negligencia, pues pueden generarse iatrogenias como efectos secundarios de procedimientos hechos de la manera debida.

Sin duda, aspectos como el síndrome de *burnout* no es algo que se deba desestimar, pues el personal de salud se somete a jornadas extenuantes de trabajo, con pocos recursos en los hospitales públicos y deben atender una excesiva cantidad de personas. Pero esta explicación no es suficiente para dar cuenta de la enorme prevalencia de estas prácticas, además, dichas prácticas son perpetradas tanto por personal médico como por residentes, personal de enfermería, administrativo, camilleros y estudiantes. Sobre todo entre los estudiantes, es difícil que en su corta trayectoria dentro de los hospitales puedan desarrollar dicho síndrome. Además, aun cuando fuera cierto, el desarrollar síndrome de *burnout* no es justificación para humillar o violentar a una mujer, por lo que no debiera eximirles de responsabilidad.

Por otro lado, está la explicación que pone el principal foco del problema sobre el Sistema Nacional de Salud y argumenta que la causa de la baja calidad de la atención de las mujeres es el desabastecimiento en general que existe en las clínicas y hospitales públicos del país. Bajo esta mirada, la vocación para curar del personal y su buena voluntad es incuestionable, el personal “hace lo mejor que puede con lo que tiene a la mano” (Bronfman, et al., 1997, p. 4), pero la institución limita su capacidad para actuar de la mejor manera. Entre estas limitantes están la restringida duración de la atención en la consulta externa de las pacientes debida al elevado número de pacientes que atender, esto impide dedicar el tiempo suficiente para planear un diagnóstico y tratamiento óptimos; también hay déficit de recursos humanos para lograr satisfacer la elevada demanda de atención, que redundando en lo anterior, prolonga los tiempos de espera de las personas derechohabientes y alarga los tiempos para obtener citas. Igualmente se habla de bajos salarios y escasos estímulos para el personal, que favorecen el ausentismo y no cumplimiento de la jornada laboral; una rotación de directivos muy frecuente que favorece la desorganización; la elevada carga administrativa debido a la burocracia solicitada; el equipo para diagnósticos y tratamiento es insuficiente y obsoleto; hay desabasto de medicamentos o se otorgan medicamentos de baja calidad; y no hay suficiente espacio para ejercer su trabajo de manera óptima (Bronfman, et al., 1997)

Respecto a esta explicación, es innegable la problemática del desabasto de recursos en las clínicas y hospitales en el país, sobre todo en las zonas no urbanas, e

indudablemente también esto incide directamente en la capacidad del personal para brindar la mejor atención, pero esta explicación resulta igualmente insuficiente al ver los tipos de VGO que expongo en el capítulo previo. Sólo uno de estos tipos se relacionan con la falta de insumos o las largas esperas para la atención, la mayor parte de las denuncias sobre VGO tienen que ver con malos tratos por parte del personal que no tienen nada que ver con la falta de medicamentos, sino con la falta de empatía sobre lo que están experimentando las mujeres, más aún, una importante problemática generadora de VGO es justamente el exceso de medicalización, se realizan procedimientos innecesarios de manera rutinaria, se aplican medicamentos a todas las pacientes para acelerar sus partos sin justificación clínica, esto aumenta los costos de medicamentos al tiempo que impide que la culpa se ponga únicamente en el desabasto.

Por estos motivos, resulta de mayor interés analizar explicaciones acerca de la VGO que sean más críticas y se fijan en cuestiones macroestructurales. Una de estas posturas es descrita por Silvia Bellón (2014), quien desde una perspectiva feminista, considera que la mayor parte de los casos de VGO reflejan más que problemas de exceso de trabajo del personal de salud, problemáticas más profundas relacionadas con dinámicas de medicalización, abuso de autoridad y sexismo, ocasionadas por el poder proveniente de las “jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto” (p.95). Partiendo de esto, menciona varias razones mucho más profundas que las mencionadas en párrafos previos, que podrían explicar la VGO como un fenómeno que va mucho más allá del plano individual en el que una persona estresada descarga sus conflictos sobre una mujer en la sala de partos, se trata de un problema mucho mayor que permea en todas partes involucradas durante el proceso del parto y a todos los niveles del sector salud y de la sociedad, y lo hace de tal modo que se acepta por completo, de forma que resulta invisible a ojos de quienes lo ejecutan, que no cuestionan sus modos de actuar porque así aprendieron a hacerlo y siempre se ha hecho de esa forma (según su entender); y tampoco es cuestionado por parte de las víctimas, porque creen que así deben ser las cosas y que todo se hace siempre por su bienestar. Este preámbulo permite ver la importancia de abordar la VGO

desde una postura crítica feminista, pues al visibilizar esas dinámicas de poder y esos prejuicios interiorizados, es posible explicar de forma más cabal el problema.

II. Ver la Violencia Gineco-Obstétrica a través de los lentes del género

Es imposible abordar el tema de la violencia obstétrica de una manera cabal si no se realiza desde una perspectiva feminista, pues sólo desde el Feminismo es posible vislumbrar esos puntos ciegos que quedan desde la profesión médica y su discurso, ya que ésta disciplina es totalmente hermética, cerrada a la crítica y sus prácticas y tradiciones se perciben como incuestionables e inmodificables (Elliot Freidson, 1982, citado en Castro y Erviti, 2015). Un enfoque de género permitirá dar cuenta de que esas prácticas, actitudes, tradiciones, etc., se sustentan en una ideología patriarcal que permite, incluso fomenta, que prácticas como las descritas en capítulos previos se hayan efectuado casi sin modificación en los últimos siglos, aun a pesar de los diversos esfuerzos para su erradicación y su falta total de sustento legal, científico y moral.

Como mencioné antes, la VGO es un tipo de violencia de género en tanto que se basa en la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, en la cual ellas ocupan una posición de subordinación respecto a ellos. Esta desigualdad se encuentra en todos los niveles de la sociedad, y sin embargo es invisible y tomada como un orden natural, hecho que impide que se problematice este fenómeno, y por ende, que surjan esfuerzos importantes para lograr un cambio. Un aspecto mediante el cual se refleja dicha desigualdad es mediante una visión androcéntrica y sexista presente en la medicina, que provoca y facilita la subordinación de las mujeres al rol médico. A través de las relaciones clínicas se reproduce constantemente el mismo orden social machista, sexista y androcéntrico, bajo el cual las mujeres gestantes deben ser obedientes y sumisas ante las órdenes y el control del personal de salud. Al mismo tiempo, la pareja de las mujeres no puede acceder a la sala, quedando excluida de los cuidados de su hijo o hija, reproduciendo así más prejuicios, como el del padre ausente (Sara Cohen, 2016) (en el caso de parejas heterosexuales). También se reproduce la idea de la maternidad como “destino” primordial de las mujeres, y la idea de que tienen que acceder a ella a través del sufrimiento y abnegación. Así, el sufrir dolor durante el parto

es una especie de exigencia moral, encontrando incluso una relación entre el dolor y el amor o “calidad” de madre (Wohlgemuth, 2015).

El mito de la buena madre.

No solo es “obligación” de todas las mujeres el ser madres y sufrir para lograrlo, sino que existe un modelo específico de madre que se debe seguir. Existe un solo camino para ser una “buena madre” y es el señalado por la religión judeo-cristiana. Adrienne Rich (1986, en Arguedas, 2014) lo expresa con mucha claridad en la siguiente cita:

La apropiación de los cuerpos y psiques de las mujeres mediante un proceso histórico de esclavitud, es el eje de la acción patriarcal que instaura a la maternidad como único elemento de valoración social de lo femenino. Del amor materno en la cultura hebrea, se pasó luego a la idealización de la maternidad en la cultura greco-romana tardía y, más tarde, en la Edad Media, surgió el mito de la virgen madre, que simboliza la máxima forma de glorificación de la maternidad como institución social (p. 168).

La imagen de la “buena madre” proviene de la virgen María, que representa la maternidad como sacrificio, dolor, milagro de la vida y la concepción inmaculada (sin contacto sexual). También sobre la imagen de la virgen se construye el ideal de feminidad: la mujer debe ser perfecta, humilde, sumisa, sanadora, sacrificada y sin derecho al placer sexual, todas ellas características que conforman la idea de la maternidad en las sociedades occidentales (Wohlgemuth, 2015).

Nada más evidente de la idea de maternidad como sacrificio, que la condena que aparece en la Biblia de que, a modo de castigo, la mujer deberá parir con dolor, al tiempo que le quita poder sobre sí misma y su cuerpo, dando ese poder al hombre: “Multiplicaré tus sufrimientos en los embarazos. Con dolor darás a luz a tus hijos, tu deseo será para tu marido, él te dominará y él se enseñoreará de ti” (Génesis 3, 4-16, citado en Wohlgemuth, 2015). Bajo estas ideas, el dolor del parto es algo que debe padecerse si es que se quiere ser una “buena madre”, y las actuaciones médicas no hacen más que propiciarlo mediante prácticas que perjudican la salud de las mujeres y sus bebés, como la negación de analgesia o la realización indiscriminada de episiotomías, mediante las cuales se disminuye la capacidad de sentir placer en los

genitales, hecho que bajo esta misma mirada, podría leerse como represión de la sexualidad de las mujeres, pues si únicamente puede ejercerse con fines reproductivos, deja de ser necesaria en tanto que ya han tenido un hijo o una hija.

Teniendo en cuenta lo anterior, se clasifica dentro de las salas de parto a las “buenas madres” y las “malas madres”. Las primeras son aquellas que quieren ser madres y que “cooperan” con el personal, esto es, hacen caso a todas sus indicaciones; en cambio, se otorga una condición moral negativa a las mujeres que no desean la maternidad, no quieren esa responsabilidad o no quieren tener dolor, pues se ve el embarazo como un proceso que al final recompensa el sufrimiento y la obediencia. Así, las mujeres jóvenes, las madres solteras, mujeres con un embarazo no deseado o con bajo nivel educativo e incluso las mujeres empoderadas, que reclaman información sobre sus procesos o indican que desean tener su parto en una posición diferente a la de litotomía, suelen ser tachadas de “no cooperadoras” o de “malas madres” y por ende, están en mayor riesgo de sufrir VGO (Arguedas, 2014).

La caza de brujas. Cómo los “asuntos de mujeres” se convirtieron en “asuntos del Estado”.

Pero el cristianismo no se limitó a implantar la idea de la “buena madre” como modelo de comportamiento para todas las mujeres, sino que quiso introducirse cada vez más en todos los aspectos relacionados con la sexualidad femenina, otrora asuntos exclusivos de mujeres, quienes eran las únicas poseedoras del saber sobre sus cuerpos. Antes de la Edad Media, el saber sobre la atención del parto era exclusivo de algunas mujeres, las parteras, y se realizaba en el marco de un grupo de apoyo formado también por mujeres. Se trataba de un saber ancestral que se transmitía de madres a hijas, sin embargo, las grandes instituciones: el Estado, la Iglesia y la Medicina, dejaron de estar conformes con ello y buscaron apropiarse de estos procesos y desaparecer esos saberes tradicionales (Norma Blázquez, 2014).

Esto sucedió durante la edad media, la atención del parto se añadió a la formación de los médicos en las universidades europeas, lo que supuso un cambio radical, pues las mujeres eran excluidas de dichas universidades, por lo que perdieron acceso a ese conocimiento legitimado. Situación que empeoró cuando los gobiernos comenzaron a solicitar títulos para poder ejercer cuidados médicos, mismos que eran

entregados únicamente en las universidades. Al serles negadas las licencias para ejercer la práctica de cuidados médicos, las parteras fueron obligadas a trabajar únicamente bajo la supervisión de un médico (o más precisamente, a su servicio). Entonces ellas, antes dueñas del conocimiento, fueron relegadas a ejercer tareas secundarias que los médicos no podían hacer por “cuestiones morales” relativas a trabajar en un campo cercano a la sexualidad de las mujeres (Cohen, 2016).

Esta expropiación del derecho de atender a las mujeres y del conocimiento legítimo sobre sus cuerpos fue un proceso paulatino que es posible rastrear hasta el siglo XVI, época en la que la necesidad del control de los cuerpos de las mujeres se vuelve importante, pues una crisis demográfica y la escasez de trabajadores hicieron que el Estado buscara solucionar esos problemas mediante el control de la natalidad. Así fue que se establecieron varios “crímenes reproductivos”, entre los cuales los principales fueron la sodomía, el infanticidio y el aborto, todo lo que atentaba contra sexualidad no reproductiva (Silvia Federici, 2004, citada en Cobo, 2016).

En esa época, en muchas poblaciones existían *mujeres sabias* que eran las encargadas de cuidar la salud de su comunidad. Eran curanderas y adivinas y tenían conocimientos sobre herbolaria y diversos remedios para algunas enfermedades, también tenían conocimientos que les permitían controlar la fertilidad de las mujeres mediante remedios anticonceptivos, realización de abortos y con su labor como parteras. Esto suponía una amenaza tanto para el Estado como para la Iglesia y sus proyectos de incrementar la población, por lo que esas actividades fueron consideradas crímenes, y esas mujeres fueron tachadas de “brujas”, y entonces comenzó su persecución y aniquilación, despojándolas de su reconocimiento social en sus comunidades, que les era otorgado por sus saberes curativos. La categoría de bruja se extendió y se usó no solo en aquellas que tenían dicho saber, sino como etiqueta para todas aquellas mujeres con “conductas aberrantes” a juicio de la Iglesia: parteras, mujeres que robaban algo para poder sobrevivir, mujeres “promiscuas” y mujeres “rebeldes” que contestaban y discutían (Federici, 2004, en Cobo, 2016).

Para Blázquez (2014), la caza de brujas se basó en gran parte en una envidia hacia los conocimientos de esas mujeres, pues en el *Malleus Malificarum* (el “martillo de las brujas”, libro en el cual se basó su persecución) se decía de las parteras que eran el

peor tipo de bruja porque Satanás las obligaba a matar al mayor número de niños y niñas: “las brujas parteras deben matar a los niños, sobre todo a los no bautizados, porque así los privan de la salvación, además de que con su cuerpo cocinado se puede preparar el unguento volador y otros polvos mágicos” (Enrique Kramer y Jakob Sprenger, en Blázquez, 2014, p. 37). Después de todo, el argumento de proteger a la infancia ha sido siempre efectivo para satanizar las ideologías rivales. En este caso, aquellos conocimientos que permitían a las mujeres disfrutar de su sexualidad sin asociarla con la reproducción, una sexualidad fuera de la norma.

La caza de brujas fue efectiva para deslegitimar el conocimiento de las mujeres y para destruir sus prácticas y saberes, su papel predominante en la atención a la salud de la población comenzó a ser opacado y suplido por una disciplina en ciernes: la medicina profesional y en particular la obstetricia. En el siglo XVIII aparecen los primeros hombres parteros, que sustituyen a las mujeres y luego van a ser sustituidos por los obstetras profesionales y así la atención del parto pasa al control del Estado (Cobo, 2016).

Estos nuevos obstetras comenzaron a escribir tratados sobre obstetricia, convirtiéndose sus saberes en algo sistematizado y por tanto legítimo, aunque en realidad lo único que hicieron —pues nunca habían visto un parto—, fue rescatar ideas y reglas sugeridas por médicos griegos e implantarlas al presente. Además, tacharon a las parteras, al no tener esos conocimientos “científicos”, como ignorantes y sus prácticas como incivilizadas (Camacaro, 2010).

No obstante, los tratados médicos de los griegos tampoco estaban basadas en evidencia, más bien eran una forma de reglamentar el deber social de las mujeres. Como ejemplo de ello, la medicina hipocrática, en la cual la medicina moderna sienta sus bases. Para Hipócrates, la mujer era un ser extraño con un cuerpo diferente al de los varones, que era (y sigue siendo) el modelo. Dentro de su doctrina de los cuatro humores (sangre, bilis, agua y flema), la menstruación aparecía como causa de desequilibrio y por lo tanto, enfermedad. Entonces el embarazo y la maternidad fueron vistos como necesarios para mantener la buena salud, pues gracias a él el cuerpo de la mujer se desprendía de los fluidos malignos. Por lo tanto, el remedio para ese mal que es la menstruación propuesto por Hipócrates es el siguiente: “Dormiré con su marido en

las épocas oportunas, porque si recibe el semen y queda encinta, se purgarán al dar a luz, y con esta purgación se eliminarán las materias que estaban retenidas: de esta manera recuperara la salud” (en Camacaro, 2010, p. 47).

Desde entonces y hasta ahora se habla del cuerpo de la mujer como objeto para el placer del varón, se le niega el placer y sólo es considerado en relación con su capacidad reproductiva (Camacaro, 2010). Bajo esta visión del cuerpo de las mujeres como fábrica de bebés y como objeto de placer para otro, se continúa pensando hoy en día, y para perpetuar esa visión, se han instalado mecanismos de control del cuerpo de las mujeres que se reiteran durante todo el proceso de atención del embarazo, como se verá en el siguiente apartado.

III. La violencia y la medicina como dispositivos de control del cuerpo de las mujeres

Hemos visto hasta ahora cómo la medicina se fue erigiendo como la disciplina responsable de la atención del parto, arrebatando ese derecho a las parteras e instituyendo como “científicas” una serie de prácticas y creencias sobre el embarazo que dictaban el deber-ser de las mujeres. Estas concepciones sobre el embarazo y el parto no son accidentales, tienen un propósito que es el control. En esta sección se revisa cómo la medicina ha implantado ciertas prácticas dirigidas a controlar los cuerpos de las mujeres.

Michel Foucault (1977) habla en su *historia de la sexualidad*, de cómo a finales del siglo XVIII surgió un dispositivo de control sobre la sexualidad, configurado por cuatro formas de saber y de poder:

- 1) Pedagogización del sexo del niño. Consiste en la afirmación de que todos los niños son susceptibles de tener actividad sexual y que esta actividad tiene peligros físicos y morales, motivo por el cual las familias, los educadores, médicos y psicólogos deben controlar minuciosamente esa sexualidad.
- 2) Psiquiatrización del placer perverso. Al considerar al instinto sexual como instinto biológico y psíquico autónomo, se estudiaron todas las anomalías que pudieran afectar este instinto. Las conductas sexuales, entonces, se

clasificaron como normales o patológicas, con las correspondientes terapias para las segundas.

- 3) Histerización del cuerpo de la mujer. Por un lado, el cuerpo de la mujer se comenzó a ver como saturado de sexualidad, y se incorporó al campo de la medicina al atribuirle una patología propia. También se incorporó al cuerpo social, en donde se debe regular su fecundación, el espacio familiar, en el cual la mujer debe ser una pieza fundamental, y la vida de los niños, en donde tiene una responsabilidad biológico-moral para su cuidado. Se forma así la figura de la Madre, como “mujer nerviosa”.
- 4) Socialización de las conductas procreadoras. Socialización que se dio en tres frentes: socialización económica, con un control dirigido a aumentar la fuerza de trabajo; política, haciendo a las parejas responsables hacia la sociedad; y médica, al significar las prácticas de control de la natalidad como una enfermedad social e individual.

Por medio de este dispositivo, la sexualidad pasa al control de la medicina, de la iglesia, de la pedagogía y de la economía. En la actualidad, una de las principales disciplinas encargadas del control de la sexualidad de las mujeres es la gineco-obstetricia, que busca lograr la sumisión de las mujeres a través de la vigilancia y el micropoder corporal mediante diversos tipos de acciones violentas: desde la obligación de realizarse exámenes médicos periódicos como el Papanicolaou o las mastografías (Núria Calafell, 2015); hasta las graves violencias que se analizan en este trabajo, como la esterilización forzada, el control total de su parto, entre otras.

Este control es leído en la obra de Foucault como “biopoder”. Es un mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a la población, con interés en procesos como modificar y disminuir la morbilidad, alargar la vida y estimular la natalidad. Estos fenómenos que comienzan a ser relevantes a fines del siglo XVIII pasan a ser responsabilidad de la medicina, ahora encargada de la higiene pública y lo va a hacer por medio de organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber y por medio de campañas para el aprendizaje de higiene de la población y su medicalización (Foucault, 2008).

Gracias al biopoder, el control de la población puede administrarse como algo racional y acordado por consenso. Sólo para nombrar algunos aspectos, el estado moderno es capaz de controlar los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y también define los parámetros del bienestar. En este contexto, los hospitales se convierten, utilizando el léxico de Foucault, en una de las más importantes “instituciones disciplinarias” o “emplazamientos funcionales” desde donde el biopoder es administrado. Los hospitales nacen desde la disciplina y se convierten en un “espacio médicamente útil” (Foucault, 2008, p. 167), en donde la vigilancia médica de las enfermedades es sólo uno más de una serie de controles, como el control fiscal sobre las mercancías o el control administrativo sobre los remedios, las raciones, las curaciones, las vidas, las muertes, etc. La curación de enfermedades es sólo una entre las muchas funciones de los hospitales, siendo la principal la regulación de la población (Foucault, 2008)

Derivado de este biopoder y más centrado en el control específico de la sexualidad femenina, surge lo que Gabriela Arguedas (2014), denomina “poder obstétrico” cuyo objetivo es la producción de cuerpos sexuados y dóciles, es decir, cuerpos que obedezcan los preceptos de la socialización de género en la sociedad patriarcal (Anne Fausto-Sterling, 2006, citada en Arguedas, 2014). En esta sociedad es necesario que se ejerza un poder disciplinario dirigido al moldeamiento y sometimiento de dichos cuerpos, de modo que puedan entrar al régimen de inteligibilidad. Este disciplinamiento se realiza por medio del poder obstétrico, que se materializa a través de la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto (Arguedas, 2014).

Este poder logró su meta al apropiarse de los cuerpos de las mujeres, introduciéndolos dentro de la dinámica capitalista; el cuerpo, por lo tanto, se vuelve un lugar de explotación, pasa a ser propiedad del Estado y de los hombres, quienes lo obligan a funcionar como un medio para la reproducción y acumulación de trabajo. Una característica fundamental de este poder es la visión del embarazo desde lo patológico, esto genera una medicalización del embarazo y el parto, este acto constituye “el eje medular de la colonización del útero [...] y el cuerpo de las mujeres” (Arguedas, 2014 p.

165). Bajo esta mirada, el nacimiento es una “crisis médica”, es el fin de una enfermedad llamada embarazo y su mecanismo siempre está en riesgo de fallar. Además, para la curación de esta enfermedad, la mujer no tiene parte alguna en el proceso (Janesh Gupta y Cheryl Nikodem, 2000, en Arguedas, 2014).

El objetivo de hacer de los cuerpos de las mujeres cuerpos dóciles es maximizar la efectividad del embarazo y el parto, pero desde una perspectiva industrializada. Para poder lograr lo anterior, es necesario que estos procesos sean concebidos en términos de alteración y desorden, para que pueda ser vigilado constantemente y que no causen caos. Esta patologización del embarazo ha alcanzado lo cotidiano, lo cual queda manifiesto mediante el uso de expresiones tales como “incapacidad por maternidad”, el miedo que transmiten los partos en casa, que son considerados un signo de atraso, pobreza o irresponsabilidad, a la vez que la figura de la partera como símbolo de lo rural y lo incivilizado (Arguedas, 2014).

Otro de los mecanismos a través de los cuales actúa el biopoder es mediante el control de la sexualidad de las mujeres. Bajo esta mirada, puede verse al maltrato de las mujeres durante el parto como una necesidad de reprimir su sexualidad, de castigar el acto sexual que devino en el embarazo de la mujer, de censurar su placer. En este sentido, el traslado de la atención del parto de la casa al hospital se produjo como una necesidad de que el parto, una parte de la sexualidad de la mujer, saliera de la intimidad y se pusiera en un lugar público, de modo que pudiera regularse. El primer paso hacia la regulación fue desafectivizar el proceso, para lo cual se rutiniza su atención. Este control de la sexualidad no solo se encuentra en el parto, también puede verse en otras áreas de la “salud de las mujeres”, el mandato de ir al ginecólogo ante cada “evento importante” en la feminidad de la mujer, como la menarca, el inicio de la vida sexual activa, el embarazo, la menopausia, la realización constante de mastografías y Papanicolaous, etc. (Magnone, 2011).

¿A qué obedece esta necesidad de control? Una estudiante de partería (citada en Magnone, 2011) responde que resulta

(...) peligroso para el sistema dominante y patriarcal que todas las mujeres sepan lo que quieren y estén conectadas con lo que les pasa en ese momento, o sea, el momento de

parto es de contacto con tu sexualidad, como yo quiero que sea vivido. Y en realidad lo podés vivir sola, si estás con información y conciencia, no dependés tanto de lo que te digan o te vengan a hacer. El peligro es que las mujeres lo puedan hacer de esa manera, prescindiendo del sistema, ese es el peligro que no dependan, que tengan más poder (p. 20).

Por lo tanto, se requieren una serie de mecanismos para someter a las mujeres. Estos mecanismos actúan desde afuera, por ejemplo, la arquitectura de los hospitales públicos, en los que las mujeres son aisladas de sus familiares y recluidas en una sala en las que están desprovistas de privacidad, pues no hay divisiones entre ellas y se encuentran expuestas; otro ejemplo son los regaños y censuras que les son dichos por el personal de salud, por ejemplo, cuestionar si durante el acto sexual gritaban de la misma manera. Pero para que el sometimiento resulte más efectivo, es necesario no solo que sea obligado desde afuera, sino que sea aceptado por las mismas mujeres y que ellas mismas se sometan.

La creación de las víctimas: las mujeres “aceptan” la violencia.

Para poder entender mejor cómo el poder obstétrico resulta tan efectivo, es necesario observar que no se ejerce únicamente por el personal de salud de forma coercitiva en todos los casos, sino además, por medio de otros mecanismos, y para no generar resistencias, se logra que las propias mujeres se sometan al aceptar como natural el poder que ejerce el personal de salud, esto permite al mismo tiempo que acepten las violencias que son ejercidas sobre ellas y que ellas mismas reproduzcan esas violencias en cierto modo. Esto se conoce como “violencia simbólica” (Pierre Bourdieu, 2000, citado en Magnone, 2011). La violencia simbólica es ejercida por las mismas personas que la padecen, al consentir la violencia o desconocer siquiera que están siendo víctimas, esto porque la misma se esconde en la estructura de poder que la permite, en las relaciones desiguales que la soportan. De esta forma, este tipo de violencia produce sumisión socialmente aceptada (Magnone, 2011).

Gracias a ello, no se tiene que decir y establecer en cada momento que el médico tiene el control (aunque se hace), sino que este hecho es aceptado ya que el personal es considerado poseedor del saber-poder, por lo que su actuar es admitido

totalmente y no es cuestionado. Esto les permite ejecutar diversas formas de violencias sin que las víctimas las conciban como tales al creer que así deben ser las cosas, o que se realizan por su bien o el de su bebé. Ejemplos que denotan cómo es que se interiorizan estas estructuras del mismo campo médico por las mujeres son las siguientes:

“...me contuve mucho, no perdí el control, porque incluso saca uno de quicio a los doctores, y hace que los doctores, pues es lógico que se desesperen y griten... ”; “incluso no lloré, siento que me porté bien, o sea no grité, estuvo bien...”; “necia yo, cuando está uno por aliviarse es muy necia, al menos yo me pongo muy necia...” (Castro y Erviti, 2015, p. 103)

Esta aceptación por parte de las mujeres es fundamental para que no se generen resistencias. Gracias a ello, pese a la enorme cantidad de violencias que se ejercen cotidianamente, existen muy pocas denuncias. Castro y Erviti (2015) explican el proceso de cómo se internalizan esas estructuras de dominación:

La realidad social existe dos veces: objetivamente, en las estructuras materiales y en las instituciones, así como en el mapa de posiciones que ocupan los diversos actores en un determinado campo; y subjetivamente, en los esquemas de percepción y de apreciación que los actores tienen de la realidad objetiva... las estructuras mentales a través de las cuales los actores perciben y describen su mundo y sus circunstancias son esencialmente el producto de la internalización y, mejor aún, de la incorporación de las estructuras materiales de dicho mundo. Estas estructuras mentales tienen un efecto performativo, por cuanto al reconocer y describir el mundo mediante ellas, los actores tienden a percibir el mundo como natural y a aceptar mucho más fácilmente de lo que uno podría imaginar. Dicha aceptación es una condición fundamental para su reproducción... los actores sociales, particularmente aquellos ubicados en una posición subordinada u oprimida, pueden percibir su realidad en términos colonizados, es decir, mediante categorías y descripciones impuestos por los grupos dominantes (p. 102-103).

Este poder simbólico es reforzado y mantenido por el hecho de que el campo médico se encuentra totalmente jerarquizado y basado en el poder-saber, se

caracteriza por cierta lucha de poder y ostentación del mismo. Las decisiones son tomadas por la o él médico con mayor jerarquía, rara vez se toman en conjunto con el resto del equipo de salud. Sobre todo en los hospitales-escuela se trabaja y se enseña desde el poder: quien tiene mayor grado debe de mostrar a aquellos/as con menor jerarquía lo que sabe. De médicos a residentes, de residentes a internos, de internos a estudiantes y así sucesivamente en una estructura en la que el último eslabón es donde se coloca a la mujer en proceso de parto (Magnone, 2011).

Las voces de las mujeres, por lo tanto, no tienen valor dentro de este sistema, su conocimiento, sus sensaciones, su sentir sobre su cuerpo es acallado, ignorado, deslegitimado. Podemos decir, en línea con Foucault (2008), que sus saberes son *saberes sometidos*, que son aquellos descalificados, insuficientemente elaborados, saberes considerados ingenuos, jerárquicamente inferiores al no tener el grado de científicidad exigido para un saber válido. Para Foucault (2008), estos saberes suelen pertenecer a las personas enfermas, a los pacientes psiquiátricos, pero en el caso de las clínicas de obstetricia estos corresponden a las mujeres, que en tanto mujeres, su saber es doblemente sometido, pues por un lado el lugar social de las mujeres es inferior en la sociedad sexista que habitamos y al mismo tiempo su posición como paciente en el contexto hospitalario las hacen poseedoras de un saber ingenuo. Las mujeres son descalificadas al no hablar del lenguaje de la ciencia, incluso les hablan mediante tecnicismos de modo que no puedan entender, disminuyendo así su capacidad de decisión.

El poder simbólico es quizá la principal herramienta para lograr el sometimiento de las mujeres, se cree socialmente que para tener una buena atención médica, es necesario “obedecer” los mandatos médicos sin cuestionar. Aunque, desde luego, también existen resistencias ante este poder, pero esto genera que se ideen nuevas formas de dominación. Una muy recurrida es a través del miedo, culpabilizando y amenazando a la mujer diciéndole que si no hace lo que se le manda, pondría en riesgo la vida de su hijo/a. Ante tales amenazas, quedan pocas opciones a las mujeres más que obedecer los mandatos: firmar los consentimientos, aceptar los procedimientos y dejar de reclamar (Magnone, 2011).

En caso de que las mujeres no tengan ya previamente interiorizada la idea del o la obstetra como autoridad, transmitida por otras mujeres a través de sus propias experiencias, existe todo un mecanismo para enseñarles o reforzarles esta idea: los cursos de preparación para el parto, una serie de consultas y talleres que se recomiendan (*obligan*) tomar en el transcurso del embarazo. La idea de los cursos es que las mujeres conozcan cómo será el proceso del parto, qué utensilios necesitan llevar, y para llevar un seguimiento y *control* del embarazo, detectar alguna anormalidad. Pero de manera velada, se persiguen también otros objetivos, como las recomendaciones de obedecer al equipo médico en todo momento, “portarse bien, cumplir todas las indicaciones, no gritar, no quejarse, no cuestionar, no ser escandalosa” (Magnone, 2011, p. 12).

Y es así que aprenden a someterse a los mandatos y saberes médicos, asumiendo que cualquier decisión que los/as médicos/as tomen, será buscando siempre su bien o el de sus hijos/as, que “por algo lo harán”.

La creación del victimario: formación del *habitus* médico.

Vemos pues que el sometimiento de las mujeres por medio de la violencia simbólica es un proceso que se ve favorecido por relaciones históricas de dominación, bajo las cuales la mujer es inferior y el personal de salud impone su hacer. Además de la consideración del saber científico (el de las y los médicos) como superior a la subjetividad (la de las mujeres). Pero estas relaciones deben reiterarse continuamente en la cotidianidad para garantizar que se crea en ellas y que persistan, para ello, como vimos en la sección anterior, se educa a las mujeres para que se sometan al poder obstétrico, pero por el otro lado, también se educa al o la médica para que aprenda que ocupa una posición de poder en la relación con *sus* pacientes, que ser médico o médica es sumamente valioso en esta sociedad, e incluso que la medicina es una profesión para hombres. Castro y Erviti (2015) analizan a profundidad cómo se configuran en las facultades de medicina esas nociones, y para hacerlo recurren a dos conceptos de la teoría de Bordieu: campo y *habitus*, aplicándolos a la medicina.

Campo médico.

Un campo es una “red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005). Estas posiciones son identificables materialmente y pueden clasificarse de acuerdo con las relaciones que mantienen entre sí (de dominación, subordinación, homología, etc.). También es posible conocer las obligaciones que las personas tienen en virtud de la posición que ocupan dentro del campo (Castro y Erviti, 2015).

En el caso específico del campo médico, este está conformado por todas las instituciones de salud, junto con todo el personal que allí trabaja: médicos/as, paramédicos/as, enfermeras/os, camilleros/as y personal administrativo y de seguridad; así como las facultades de medicina y quienes en ellas laboran y estudian; y las industrias relacionadas con la medicina (farmacéutica, seguros médicos, etc.). Todos estos agentes ocupan determinada posición dentro del campo, que les obliga a ciertas funciones específicas, cada una de ellas encaminada a perpetuar la estructura y garantizar el funcionamiento del campo (Castro y Erviti, 2014).

Una particularidad del campo médico es su búsqueda de autonomía, que se refiere a una capacidad de autodelimitar su propio saber y su campo de intervención (Eliot Freidson, 1982, en Castro y Erviti, 2015). Esta autonomía, este control sobre sí misma ha provocado que el estudio de los fenómenos que dentro de este campo ocurren se haga en los mismos términos y paradigmas médicos, esto invisibiliza cuestiones fundamentales que causan problemas como la VGO, que se explican como deficiencias de calidad en la atención médica, viendo el problema como de unas cuantas personas o, liberándose de toda responsabilidad, se pone toda la culpa en los problemas estructurales como la sobresaturación de los servicios o desabasto de recursos, ignorando que el problema deriva de la estructura misma del campo médico y su funcionamiento, que llevaría la investigación hacia otros rumbos. A decir de Castro y Erviti (2015), la investigación debería dirigirse hacia la indagación sobre la formación de los y las médicas dentro de las universidades y hospitales de enseñanza; a cuestionar la estructura jerarquizada del campo médico; a las condiciones de trabajo que somete a

mucho desgaste al personal médico; y el impacto de lo anterior en la formación del *habitus* médico.

Habitus médico.

El *habitus* médico es

el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico (Castro y Erviti, 2015, p. 49).

Esas predisposiciones se inculcan a las y los médicos/as durante toda su formación y se enseñan y reproducen en la cotidianidad de sus prácticas. Se trata de actitudes que se inscriben en el cuerpo de tal modo que la práctica cotidiana se vuelve espontánea e irreflexiva (Castro y Erviti, 2015), en otras palabras, las y los agentes del campo sólo reproducen sin pensar conductas eficaces para los objetivos del campo, que en el caso de la obstetricia son lograr la obediencia y conformidad de las mujeres y lograr la mayor productividad, medida a través de indicadores simples, como el número de nacimientos o de dispositivos intrauterinos colocados. El problema se origina cuando muchas de esas predisposiciones constituyen una violación de derechos, pero en tanto prácticas irreflexivas, esto no es problematizado, es más, ni siquiera resultan evidentes para quienes las ejecutan.

La manera en la que se estructura el *habitus* médico durante la formación de médica se relaciona directamente con las prácticas violentas que ejercen luego hacia los y las usuarias de los servicios de salud. Desde el inicio de la licenciatura, se comienza a fomentar la idea del médico como representación del poder, como garante de respeto, como una figura indispensable en la sociedad y la bata blanca como símbolo de dicho poder. Así, las y los docentes proyectan sobre las y los estudiantes un modelo particular de imagen personal desde los primeros semestres de la carrera, la idea es aparentar que se es médico/a desde el principio, mediante la solicitud de vestir

de blanco, con la ropa impecable, sin arrugas, usar sus batas aun cuando no estén en el hospital, sino para recibir clases en las facultades. Se trata de crear una identidad cómo médicos/as a partir de la imagen personal y a partir de su nombramiento, pues desde el inicio de la carrera, a las y los estudiantes les dicen “doctor” o “doctora” (Castro y Erviti, 2015).

Un segundo aspecto en la construcción del *habitus* médico, tan fundamental como el anterior, es la enseñanza por medio de la disciplina. Los castigos se convierten en la forma predilecta de transmisión de conocimientos, puesto que no solo son usados con el objetivo de corregir fallas en la actuación, sino como herramienta didáctica, por ejemplo, obligando al o la estudiante a buscar artículos de investigación que expliquen algo relativo a un error que haya cometido, mismo que no podía evitar al tener aún los conocimientos para hacer lo adecuado. A la vez que como recurso didáctico, el castigo sirve para disciplinar y para marcar claramente las jerarquías inamovibles, y conforme se va escalando en jerarquía, se convierte en obligación repetir el patrón, castigando a las personas que ahora se encuentran por debajo (Castro y Erviti, 2015).

Otra forma de marcar esas jerarquías es mediante el trato cotidiano, las jerarquías están rígidamente establecidas y nadie puede saltarse algún peldaño, de modo que quien se encuentra en determinado nivel de jerarquía sólo puede dirigirse a quien se encuentra en la posición inmediata superior, así que los y las estudiantes se comunican sólo con los y las internas, ellos y ellas con las y los residentes de primer año, quienes a su vez sólo lo hacen con los y las de segundo año y así sucesivamente hasta el o la médica de mayor rango. Además, el trato siempre debe ser de “usted” (Castro y Erviti, 2015).

Un último aspecto, quizá de mayor relevancia que los anteriores, es el “disciplinamiento de género”. Las estudiantes de medicina se enfrentan a mayores obstáculos que los varones para poder tener éxito en la carrera. Deben afrontar una serie de agresiones que buscan desalentarlas de continuar su carrera, estas agresiones hacen evidente la misoginia existente dentro de la medicina (y en la sociedad en general). Dentro de las aulas, las mujeres deben soportar expresiones y actitudes que reproducen las jerarquías y ordenamientos de género que consideran a las mujeres como inferiores a los varones y ven de mala manera los intentos de desarrollo

profesional de ellas, pues se piensa que deben permanecer en casa, por ejemplo, expresiones como: “las mujeres no sirven para ser doctoras” “¿Qué hacen ustedes aquí?; los hombres tienen la responsabilidad de mantener una casa, pero las mujeres con que abran las piernas” (estudiantes de medicina, en Castro y Erviti, 2015, p. 67-70); se pueden escuchar con frecuencia en los salones de clases.

Las mujeres, entonces, son vistas como inferiores, se considera que no deberían estar estudiando esa carrera, ¿para qué? si al final sería secundaria a su rol como madres o esposas. Esto, aunque es dictado principalmente por los médicos, se refuerza por otros actores o actrices sociales, como las personas usuarias de los servicios, quienes suelen referirse a las médicas como “señorita”, en contraposición con los varones, quienes sin importar si se trate de médicos, enfermeros, estudiantes o camilleros, se refieren a ellos como “doctor” (Castro y Erviti, 2015).

Entonces, más allá del currículum explícito que indica los conocimientos indispensables para cualquier médico o médica (que de por sí está basado en una ciencia androcéntrica¹⁸), existe un currículum oculto, que es precisamente mediante el cual se construye el *habitus* médico más propicio para el campo médico. Éste *currículum* oculto se refiere principalmente a las cuatro dimensiones que se ejemplifican en los párrafos previos: (1) la creación de una imagen del médico, (2) el papel de los castigos y el disciplinamiento en la formación, (3) el orden jerárquico y (4) el disciplinamiento de género. Y el mayor problema con estas dimensiones, es que sus aprendizajes no se realizan de memoria, como los del currículum explícito, sino que se encarnan en los cuerpos de los y las médicas, de modo que se vuelven parte de sus subjetividades, y se ejecutan sin reflexión. Además, se aceptan a tal grado que, pese a que en un inicio los castigos resulten sumamente molestos, a la larga termina siendo una práctica que defienden y valoran, al decir que gracias a ellos “se aprende a resistir”, se “forma el carácter”, o “te da jerarquía...” (Castro y Erviti, 2015).

¹⁸ El sesgo androcéntrico en la medicina ha llevado a la patologización y el control de los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres y a la naturalización y legitimación de los valores patriarcales dominantes, por ejemplo, Emily Martin (1991, en Bellon, 2014) explica cómo la ciencia ha construido un modelo basado en roles sexuales definidos para explicar el proceso de fecundación, bajo el cual el óvulo es visto como pasivo, transportado por las trompas de Falopio, mientras que los espermatozoides son descritos como activos, veloces y llevan sus genes al óvulo y lo activan; cuando en realidad se trata de un complejo proceso en el que ambas células segregan activamente sustancias necesarias para que la fecundación ocurra (Bellón, 2014).

La existencia invisible de estos factores hace imposible que se logre ver el panorama completo a la hora de enfrentar problemáticas como la violencia obstétrica, pues este fenómeno obedece a aspectos como el sexismo y la misoginia encarnados en el personal de salud, pero al no problematizarse como tales, se conciben únicamente como fallas en los servicios y debidos a personas particulares, no como fallas del sistema. De este modo, la manera de evaluar la existencia de estos problemas es mediante indicadores simples, como el número de cesáreas o episiotomías que se realizaron, o el número de quejas y demandas. Estos indicadores llevan a implementar “soluciones” igualmente simples, en las que se consideran que con algún curso de capacitación para que los y las médicas sean más amables lograrán la solución del problema. O lleva a adjudicar la causa a factores fuera del control del personal, como la falta de camas, y entonces se considera que si se aumentaran los recursos se solucionaría el problema.

Esto desde luego no es así, el problema se halla en el corazón mismo de la práctica médica, plagada de sesgos y prejuicios que resultan perjudiciales para las mujeres, pero que configuran todo un modelo de atención del embarazo, bajo el cual se ve a las mujeres como objetos que intervenir. Para solucionar realmente el problema, sería necesario, no dar cursos de capacitación para algunos miembros del personal de salud para enseñarles a ser amables, sino cambiar por completo el modelo de atención del parto y con ello la concepción sobre las mujeres gestantes. Para enriquecer este argumento, en la siguiente sección se revisan tres distintos modelos de atención del parto y cómo el cambiar de un modelo a otro modifica radicalmente el modo de ver a las mujeres y sus procesos corporales por ende, el modo de atenderlas.

IV. Modelos de atención del embarazo: Medicina vs partería

Robbie Davis-Floyd (en Magnone, 2014) habla de tres modelos de atención del parto: tecnocrático, humanista y holístico. Estos difieren en cuanto a su concepción del cuerpo y su relación con la mente. El modelo tecnocrático concibe una separación entre la mente y el cuerpo, ve el cuerpo de modo mecanizado; el modelo humanista sí considera una conexión entre mente y cuerpo y concibe al cuerpo como un organismo; por último, el modelo holístico defiende la idea de una conexión entre mente, cuerpo y espíritu, y entiende el cuerpo como un campo de energía en interacción con otros campos.

De esta división, surgen tres formas diferentes de atender el parto, por un lado, bajo la mirada tecnocrática, tenemos la visión hegemónica de la medicina, en la cual se atienden los partos dentro de los hospitales y el personal médico controla todo el proceso. Las mujeres se encuentran solas y a merced de dicho control. La mirada humanista transgrede este modelo y, pese a que también suele realizarse dentro de los hospitales, es realizado por parteras institucionalizadas y personal de enfermería o medicina considerados humanistas, que tienen una perspectiva diferente del proceso, en el cual las mujeres pueden estar todo su proceso con un o una acompañante y en algunos hospitales existen salas especializadas para la realización de un “parto humanizado”. Finalmente, en la perspectiva holística se encuentra la partería tradicional, en la cual el parto es atendido por parteras tradicionales directamente en la casa o comunidad de la mujer gestante (Magnone, 2014). A continuación se revisan más a fondo estos modelos.

Las fábricas de bebés: el parto tecnocrático.

El parto en los hospitales se encuentra regulado por estándares de producción industrial, esto incluso permea en el lenguaje utilizado, por ejemplo, el personal de salud siempre se refiere al feto como “producto”. Los cuerpos de las mujeres, entonces, son los obreros que producen dicho producto y bajo esta mirada se piensa que deben ser controlados y disciplinados; además, hay una estricta división del trabajo, control del tiempo, etc. En este modelo industrial, la tecnología resulta muy importante para acelerar el proceso de producción, al grado que la información aportada por las

máquinas tiene mayor validez que la aportada por las mismas mujeres. Los datos “objetivos” que se obtienen de las máquinas sirven para legitimar las reacciones expresadas por las mismas mujeres o, en algunos casos, para negarlas y corregirlas. Estas máquinas son símbolo del conocimiento autorizado, el cual le es conferido al personal médico, pues se considera que está basado en la razón, mientras que el conocimiento de las mujeres, en tanto subjetivo, es ignorado y deslegitimado (Bellón, 2014); y la o el médico se convierte entonces en quien supervisa del parto, que únicamente revisa la temperatura, la presión, la dilatación y se va, sin preocuparse acerca de cómo se siente la mujer, qué miedos tiene o qué necesita (Magnone, 2014).

Este modelo de atención del parto es relativamente reciente. En la década de los 50 del siglo XX, el parto comienza a ser atendido cada vez más en los hospitales y menos en las casas en la mayor parte de los países occidentales. Antes de esta época, la atención del parto en los hospitales era usada para mujeres de bajos recursos o en riesgo de muerte. Esto era debido a que los hospitales eran un lugar poco seguro y poco higiénico debido a la escasez de recursos, la sobrepoblación de pacientes y que eran lugares de práctica para médicos en formación sin supervisión adecuada (¿realmente es diferente ahora?). Conforme se fueron asignando más recursos a los hospitales, se fueron convirtiendo en la principal elección para atender los partos. Este aumento del presupuesto permitió el uso cada vez mayor de tecnología y medicamentos para minimizar los riesgos a la salud y el tiempo dedicado al proceso del parto. Esto último, a su vez, provocó un aumento en la burocratización y estandarización del cuidado (Bellón, 2014).

El traslado de la atención del parto de las casas a los hospitales tenía la finalidad de reducir las muertes maternas y neonatales. Efectivamente disminuyeron, pero el fenómeno causó también efectos secundarios graves: que la mayor parte de las mujeres y los recién nacidos sanos comenzaron a verse de la misma manera que a las personas enfermas dentro de los hospitales. Personas sanas debieron someterse a las rutinas destinadas a las personas enfermas (que no por eso dejan de ser cuestionables): internarse en los hospitales separadas de su familia, dentro de ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas y con un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso. Así fue que el parto “dejó de ser

algo privado femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales” (Beatriz Morrone, 2016, p. 1).

Estas rutinas mencionadas se aplicaron a todos los partos, independientemente de si era un parto de riesgo o no, y obedecen a esta visión del parto como una patología, en vez de como un fenómeno fisiológico. En este sentido, las mujeres son vistas desde una perspectiva biologicista, bajo la cual son considerados únicamente los signos y síntomas orgánicos y es sólo en base a ellos que se les asigna una etiqueta de embarazo de alto o bajo riesgo (no hay otras posibilidades, pues siempre se está pensando en la potencialidad de algún riesgo). Esta clasificación, empero, resulta de poca utilidad cuando todas ellas, sin importar el riesgo, son sometidas a los mismos procedimientos y tratamientos rutinarios, mismos que no consideran las necesidades psicosociales de las mujeres, causándoles efectos adversos que no son evaluados ni vistos por la obstetricia académica (Camacaro, et al., 2015).

Más allá de esto, esta patologización del embarazo crea un consenso entre el personal de salud para aplicar dichos procedimientos rutinarios con el fin de hacer del parto un procedimiento “seguro”. Hacerlo les da una sensación de seguridad frente a la incertidumbre de la enfermedad y la emergencia. Por lo tanto, las normas institucionales (aunque no las estatales ni las internacionales, como planteo en el capítulo anterior) obligan a que las mujeres que ingresan a las salas, tengan o no un embarazo de alto riesgo, se les coloquen soluciones intravenosas, de modo que se tenga una forma rápida de acción ante la emergencia de una posible pérdida excesiva de sangre. Este acto, sin embargo, comienza un círculo vicioso en el que el uso de procedimientos como éste o la episiotomía, se vuelven necesarios, pero provocados por los mismos actos médicos: la vía intravenosa impide que las mujeres deambulen, lo que provoca que las contracciones y la dilatación cervical sean más lentas, motivo por el cual debe aplicar oxitócicos para acelerarlas. Los oxitócicos hacen las contracciones más dolorosas, causando mayor estrés. Además, ya en la sala de expulsión, sólo existen camas para que el parto se dé en posición de litotomía (a pesar de que la CENETEC (2014) indica que la Secretaría de Salud ordenó el diseño de mesas acondicionadas para el parto vertical, aunque no se hizo a gran escala), el parto en esta posición disminuye la fuerza con la que el feto se encaja en la pelvis y la fuerza de la mujer para

pujar, por ello, se vuelve necesaria la episiotomía para lograr una mayor apertura vaginal, pero también provoca un mayor sangrado y más probabilidad de contraer infecciones, entonces resultó útil colocar la vía venosa en primer lugar, como previendo ese sangrado e infecciones (Camacaro, et al., 2015).

Teniendo lo anterior en consideración, tal vez sería más acertado usar el término *medicalización*, entendida como “la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (Ramón Orueta, et al, en Almonte, 2016, p. 7). Este proceso de medicalización tiene un fin muy específico, pues a través de esos procedimientos es posible controlar y sujetar los procesos reproductivos de las mujeres, sujetar literalmente, pues la vía intravenosa las ata a las camillas y así son reducidas a la condición de pacientes, que deben acatar obedientemente las indicaciones del personal de salud (Camacaro, 2010). Así las mujeres son desprovistas de su humanidad, se vuelven objetos sobre los cuales la medicina ha de actuar y un proceso completamente normal es convertido es una enfermedad.

Desde luego que esta visión y éstas prácticas no son inocentes, tienen propósitos muy específicos. Para David Riches (1988, en Castrillo, 2016), dichos propósitos pueden dividirse en prácticos y simbólicos, aunque ambos buscan la legitimidad de la violencia. En cuanto a las metas prácticas, estas se relacionan con una protección legal para las y los médicos, quienes pretenden evitar cualquier riesgo de alguna complicación, así que tratan cualquier embarazo como si fuera de riesgo. Pero más importantes son las metas simbólicas, que se relacionan con el mantenimiento y producción de la posición de poder del médico como portador del saber.

En relación a las metas prácticas, a la idea de la protección legal para evitar cualquier complicación, Magnone (2014) se refiere como “medicina defensiva”, y en el caso específico de la obstetricia, como “enfoque de riesgo obstétrico”, que resulta necesario para prevenir patologías relacionadas con el embarazo, pero su uso suele ser más del debido. Una explicación para esto proviene de la “sociología del riesgo”, según la cual, el riesgo es un dispositivo biopolítico de dominación. Viéndolo de esta manera, el ver el parto como una patología justifica una manera de aplicar el enfoque de riesgos

en los partos, y de esta manera, reforzar el sistema de dominación. Desde esta perspectiva, la vía intravenosa se vuelve un dispositivo que mantiene a la mujer en la cama, sin posibilidad de deambular, los oxitócicos se vuelven un dispositivo para controlar los tiempos fisiológicos del parto, de forma que lo ideal es que el *producto* salga lo más pronto posible; e incluso la episiotomía, se vuelve un instrumento de control de la sexualidad de las mujeres, pues mediante esta se corta la plataforma orgásmica, disminuyendo la capacidad de sentir placer en los genitales (Magnone, 2014).

Por otro lado, en cuanto a las metas simbólicas, el proceso de medicalización, como se describió antes, funciona como una profecía autocumplida (Robert Rosenthal y Lenore Jacobson, 1980): la concepción del médico de la mujer como enferma y la realización de tantos estudios termina por asustar a la mujer, generando la patología, y aun cuando la patología no se genere de verdad, se hace creer a la mujer que la tiene, por lo que ella se entrega al saber médico, que supone con la capacidad de curar esa enfermedad, cumpliéndose así el segundo propósito de la medicalización.

Aunque este proceso no siempre es del todo consciente para el personal de salud, el objetivo explícito no es lograr el sometimiento de la mujer, sino que se trata de una medicina defensiva, en la cual, ante el miedo a cometer un error y ser culpados/as, el personal prefiere realizar tantas pruebas “objetivas” posibles para dejar constancia en el expediente que le respalden si se sucediera una demanda. La realización de las pruebas, por lo tanto, no se hace por que se tenga que hacer o por la evidencia científica, sino por temor a futuros reclamos por parte de la usuaria. Esto, por supuesto, tiene muchas consecuencias en diversos ámbitos: desde la perspectiva ética está el problema que dichos procedimientos no tienen como prioridad a la usuaria, sino la seguridad jurídica de la o el médico; desde la perspectiva de salud pública, son gastos innecesarios que significan un costo enorme al sistema de salud (Magnone, 2014); y desde la perspectiva de la mujer, es un estrés innecesario y un daño físico y psicológico provocado por estas violencias, pues el solo hecho de que el parto se atienda en los hospitales conlleva consecuencias emocionales para las mujeres, pues en primer lugar se les aísla de su entorno afectivo, y en segundo, es sometida a procedimientos

innecesarios, pero rutinarios, lo cual llena a la mujer de incertidumbre y extrañeza, pues se les coloca en el lugar de enfermas (Camacaro, 2010).

Todas estas son problemáticas ignoradas por el personal de salud, que aun a la luz de las evidencias científicas, y de las obligaciones legales, se niegan a romper con su visión patologizante y la necesidad de que todo parto deba ser atendido en un hospital. Como ejemplo de ello, algunos testimonios de obstetras o residentes, en los cuales se piensa únicamente en la patología o el riesgo de que exista, sin concebir la posibilidad de un parto sin complicaciones (en Camacaro, 2010):

Uno sabe si hay que hacerle inducción, romper membranas, operar, lo que sea y la paciente así está tranquila dentro del hospital, por eso creo que el parto no puede hacerse fuera de una institución hospitalaria, es inseguro.” (Residente) (p. 129)

Además de la imposibilidad de concebir el parto fuera del hospital, es evidente una arrogancia bajo la que este obstetra se coloca como dueño de la situación y del saber y ve a las mujeres como meros receptáculos de ese conocimiento que salvará sus vidas. Dicha arrogancia llega al extremo al revisar otro testimonio narrado por la misma autora: “las pacientes por el bajo nivel cultural (...) se entregan totalmente en las manos del Dr... en ese momento es él Dios” (Obstetra) (p. 130).

Ante esta delicada situación, es necesario un cambio, el traslado del parto a los hospitales ha provocado graves consecuencias en las mujeres y en la manera de atender los partos. La medicalización ha llevado, como he descrito en secciones previas, a la reificación de ellas y sus bebés, a un incremento del poder-saber médico, a una visión del embarazo y todo proceso fisiológico de las mujeres asociado a la reproducción, como una patología que debe tratarse médicamente, pues la medicalización no se limita a la atención del parto, sino que también la menstruación, el embarazo, la lactancia o la menopausia se encuentran plagadas de “síndromes” con sus respectivos tratamientos, tales como el “síndrome premenstrual”, “depresión puerperal” y “trastornos psiquiátricos durante el climaterio”, entre otros (Bárbara Hoffman et al, 2012).

Por fortuna existen alternativas que, aunque son acalladas por la hegemonía médica, se trata de prácticas de resistencia que es necesario voltear a ver e impulsarlas como “nuevos” modelos de atención, ya sea dentro de los mismos hospitales o volviendo a los procesos tradicionales de partería. Estos discursos son los que se refieren al parto humanizado.

Las mujeres como protagonistas: El parto humanizado.

El retomar la idea del parto “natural” viene a contrarrestar este proceso de patologización del embarazo, argumentando que este

(...) sitúa a las mujeres como naturalmente capaces y fuertes, y a sus cuerpos como perfectamente diseñados para portar un feto y dar a luz con éxito sin estar bajo la estrecha vigilancia de la alta tecnología y las intervenciones de los médicos en un establecimiento hospitalario” (Margaret Macdonald, 2006, citado en Bellón, 2014).

Así, el parto natural busca dejar de ver únicamente los síntomas físicos, y atender más el bienestar de las mujeres, dejándolas guiar el proceso de parto, mediante acciones como, por ejemplo, elegir la postura en que desean dar a luz (Bellón, 2014).

Es importante resaltar que, aunque se busca un parto natural, no siempre lo que se pretende es volver a la partería, como ejemplo de ello, Moza Mosallan, Diaa Risk, Letha Thomas y Mutairu Ezimokhai (2003, citados en Aguirre, et al, 2013) reportó que a las mujeres en proceso de parto les gusta ser acompañadas de un médico, puesto que les da cierta seguridad, no obstante, al evaluar la satisfacción de dicho acompañamiento, se encontró que ésta depende del apoyo emocional dado por el personal (empatía, compasión, palabras suaves, de elogio y hacerla partícipe del proceso).

De forma que no se critica aquí tanto que el parto sea atendido por médicos o médicas, o que se haya trasladado a los hospitales, pues es indiscutible el hecho de que se ha reducido en mucho la morbimortalidad materno-fetal; lo que se critica es el modo de atención, tan autoritario, en el que las mujeres están recluidas en los hospitales y sujetas a los abusos y humillaciones del personal de salud. Por lo tanto, en

este otro modelo no se deja de lado el papel de la o el obstetra, pero sí se le quita su protagonismo, pasando este hacia la mujer gestante, quien además no estará sola a merced del personal de salud, sino que se brinda la oportunidad de que alguien de su elección la acompañe durante el parto, y se recomienda también la participación activa de la madre, que le permite tener control y confianza en sí misma y de su proceso (Aguirre, et al, 2013).

El caso de Argentina es relevante porque existe una ley para el parto humanizado, que tiene como objetivo el crear un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean el foco principal de atención y en el cual el nacimiento se desarrolle de la forma más natural posible (Belli, 2013). También existen organizaciones civiles en pro del parto humanizado en ese país, quienes caracterizan este modo de atención obstétrica porque ve en la madre y su hijo o hija a los verdaderos protagonistas del proceso. Para una de estas organizaciones, el parto humanizado consiste en

(...) no intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente. Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio). Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee). Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional. Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos). Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios (Parto y Nacimiento Humanizado, 2003, citado en Westbrook, 2015, p. 17).

La creación de legislaciones, empero, no sirve de nada si no se modifican las condiciones hospitalarias y, más importante, la mentalidad de las personas que atienden los partos. Por ejemplo, un aspecto central de la idea del parto humanizado es que la mujer elija la posición en la que desee parir, pero el personal prefiere siempre atender el parto en posición de litotomía, porque les resulta más cómodo, y aunque sí consideran otras posiciones, únicamente lo hacen cuando las mujeres las sugieren, sin

embargo, ante el desconocimiento y sometimiento de las mujeres, en raras ocasiones sugieren otra posición y el personal no considera necesario informar a las mujeres que pueden elegir una posición diferente, pues, no suelen tener experiencia atendiendo en otras posiciones (Westbrook, 2015).

Aunque la comodidad de las mujeres no es lo más importante, pues el proceso es visto únicamente en términos de actividad uterina, por lo tanto, la posición para parir es diferente, priorizando la comodidad de la o el obstetra, quienes se encuentran sentados y con la mujer acostada frente a ellos y ellas. Resultaría impensable para el personal tirarse en el suelo para atender un parto, por lo que prefieren una posición que no aporta ningún beneficio a la madre, todo lo contrario. Arguedas (2014) menciona que esta práctica fue difundida por François Mauriceau en la Francia del siglo XVII. Mauriceau era un médico en la corte de Luis XVI, y éste último prefería que la mujer pariera en posición horizontal para poder observar el nacimiento de sus hijos. Por una arbitrariedad que fue el mandato de un monarca, 300 años después se sigue atendiendo a las mujeres en una posición que resulta perjudicial para su salud, pero más cómoda para quien atiende el parto. La tabla 3 ilustra los riesgos que supone el parto en posición horizontal frente a los beneficios del parto vertical.

Parto horizontal	Parto vertical
<ul style="list-style-type: none"> • El canal de parto se transforma en una curva ascendente que obliga a la mujer a empujar al feto por un plano inclinado hacia arriba. • Contaminación con heces del campo. • Impide la participación de la musculatura de las piernas. • Produce trastornos ventilatorios a la madre. • Aumenta la carga materna del miocardio. • Comprime la arteria aorta y la vena cava inferior entre el útero y la columna vertebral. • Estrechamiento del canal de parto. • Al recién nacido/a le es más difícil liberarse del contenido de la vía aérea al nacer acostado. • Aumentan las intervenciones por sufrimiento fetal agudo. • A menudo requiere maniobras para el alumbramiento (expulsión de la placenta). • Disocia completamente a la mujer de la llegada de su hijo/a ya que permanece mirando al techo, totalmente desinformada de los que sucede en sus genitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al pujar, el alineamiento del útero y su contenido aprovechan la fuerza de la gravedad, por lo que disminuye el esfuerzo del pujo. • La madre participa con toda su musculatura con más eficacia. • Menor dolor por disminuir la compresión del plexo sacro. • Está mejor protegido el cerebro fetal, ya que su cabeza se dirige hacia la pelvis y no impacta contra el pubis y la uretra. • Permite la correcta mutación del sacro, ampliando los diámetros de la pelvis. • Permite la distensión del periné y la apertura completa del mismo, con menor presión intravaginal. • No existe la compresión aorto-cava que produciría alteración de la circulación pelviana y sufrimiento fetal agudo. • Las contracciones son más efectivas. • Las heces expelidas se dirigen hacia atrás, depositándose lejos del área limpia que va a recibir al recién nacido/a. • El alumbramiento se efectúa con la mujer de pie aprovechando la gravedad, evitando maniobras contaminantes y a veces iatrogénicas. • Pronto inicio del amamantamiento con liberación inmediata de oxitocina y prolactina ante la visión y percepción del neonato. • El niño o niña es tomada inmediatamente por la madre, permitiendo reforzar el vínculo precoz madre-hijo/a. • Mayor autonomía y libertad de movimiento para la mujer. • Mayor satisfacción con el proceso de parto. • La mujer se encuentra “por arriba” de quienes la asisten, simbólicamente dándole el protagonismo del evento. • La participación activa de la mujer hace que el médico y la obstétrica sean espectadores del parto, minimizan las intervenciones y actúan solamente cuando el proceso se desvía de la normalidad.

Tabla 3. Comparación entre las consecuencias del parto vertical y el parto horizontal (Elaboración propia, basado en Camacaro, 2010).

Por lo tanto, el modo de implementación de la ley es más importante que su promulgación, pues el problema de fondo de la violencia gineco-obstétrica muchas veces es el modo de ser y hacer médico. Si no se cambia esa estructura, poco importará la legislación, pues se implementara bajo los mismos términos en los que ya funciona el sistema. En algunos lugares de Argentina se implantó la ley de manera poco premeditada, forzando al personal de salud a atender los partos de esta manera. La imposición de nuevas reglas de atención del parto es vista a modo de obligatoriedad, por lo que esas nuevas normas para la atención del parto deben seguirse al pie de la letra, como se acostumbra en esos espacios, y sencillamente se considera que la

atención humanizada del parto significa no hacer episiotomías, que el marido esté presente, que no se canalice a las mujeres, etc. Pero sigue quedando invisible la cuestión de la violencia. El hecho de que dichas prácticas sean violentas no es por la práctica en sí, sino porque el hacerla implica una deshumanización y humillación de las mujeres, tomar decisiones por ellas y su objetivación y que no se considera su individualidad. Si no se problematiza esto, la misma práctica del parto humanizado deviene en violencia de otra manera, por ejemplo, aplicando la “receta del parto” a todas las mujeres sin distinción, lo cual, de nuevo, borra su individualidad y las deshumaniza. Esto queda evidente cuando, por ejemplo, una mujer no quiere que su pareja la acompañe en el proceso, pero como el acompañamiento es parte de la “receta”, el personal le hace pasar de cualquier forma (Westbrook, 2015).

Cobo (2016) expresa que en realidad no puede haber una única práctica recomendada para la atención del parto, puesto que este es un proceso dinámico y diferente en cada mujer, por eso mismo, más que una guía o un instructivo que indique paso a paso cómo atenderlo, quien lo atienda debería tener el suficiente conocimiento, disposición y sensibilidad para considerar las preferencias de la mujer.

La partería como alternativa.

Una opción alternativa a las dos anteriores es la partería. La condición de la partería difiere mucho a nivel internacional, no en todos los países se tiene oportunidad de desarrollo académico ni profesional. Un ejemplo de lugares en que la partería está promovida y regulada es Uruguay, país en el que la partería profesional cuenta con título universitario otorgado por la Facultad de Medicina. Su campo de trabajo se desenvuelve, en su mayoría, dentro de hospitales de salud, sin embargo, dentro de esos hospitales su rol aparece como secundario respecto al de la medicina (Magnone, 2014)

Existen también las parteras empíricas, que no son educadas en universidades, sino que heredan su saber a través de su familia. Su actuación se da con el uso de determinadas maniobras y plantas medicinales para la atención de partos y abortos. No trabajan en hospitales, sino directamente en la comunidad, acudiendo a las casas de las mujeres o atendiéndolas en su casa. Existen en casi toda América Latina, aunque por desgracia, su saber está cerca de la desaparición (Magnone, 2014).

Otro tipo de parteras reconocidas en Uruguay es la partería integral que, a diferencia de la profesional, tiene una visión del parto diferente a la biomédica, pues combina el conocimiento universitario de la partería profesional con saberes de partería empírica y medicina tradicional. Tienen una concepción fisiológica del parto, que critica al modelo hegemónico. Algunas trabajan en hospitales y otras directamente en comunidad (Magnone, 2014).

Debido a la diferente concepción del parto, la atención que ofrecen médicos y médicas y parteras suele ser muy diferente. En una investigación realizada en Uruguay (Magnone, 2011), se encontró que el 80% de las mujeres que fueron atendidas por una partera (en un hospital) dijeron tener muy buena satisfacción con el servicio, porcentaje que fue de 40% únicamente entre quienes su parto fue atendido por obstetras. Estos números los adjudica a que la atención de las parteras se centra en las mujeres, mientras los y las obstetras en muchas ocasiones priorizan que sus estudiantes aprendan, dejando en segundo plano la satisfacción de la mujer. Pese a ello, socialmente es mal visto recibir atención de parteras, pues como ya mencioné, se percibe como signo de atraso o incivilidad, lo cual refleja una excesiva confianza en la medicina y actitudes racistas, pues la atención de parteras se asocia principalmente con saberes indígenas. Una mujer que fue atendida por parteras expresa su dificultad de defender sus razones para hacer esa elección:

Uno se queda sin herramientas para explicar por qué decidiste tener tu parto en casa, o naturalmente, sin anestesia, te quedás sin herramientas ante un mundo que tiene muchas cosas justificadas así, avaladas moralmente y son así y punto, no se discute. [...]. Para esta sociedad eso no es válido, sentirse poderoso y saber que uno puede cosas no es válido. Tenés que apoyarte en algo, sino hay un estudio estadístico, algo científico que avale eso no es válido. (Mujer que parió en su casa por elección, en Magnone, 2011, p. 20).

En conclusión, la atención del parto, tecnocrática o natural, obedece a cuestiones culturales, siendo en las sociedades occidentales donde la primera opción ha dominado sobre la segunda, aunque en algunas regiones de nuestro país, como en los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, la partería sigue siendo la primera opción, aunque

gradualmente va dejando paso a la colonización de la visión occidental de atención tecnocrática del parto (Cristina Alonso y Andrés Castañeda, 2014).

El saber de las parteras no ha sido reprimido del todo, y existen aún resistencias, mujeres que siguen transmitiendo y aplicando su conocimiento ancestral. La pugna entre estos dos paradigmas de atención del parto se ha retomado, en parte por medio de organizaciones que buscan recuperar el saber tradicional y romper con el paradigma deshumanizador de la medicina, que sigue siendo el principal modelo de atención en el mundo occidental y apuestan por que la atención del parto de bajo riesgo se haga mediante las técnicas y procesos de la partería tradicional, correspondiendo a los/as obstetras únicamente los casos patológicos, pues las primeras se enfocan más en un abordaje holístico, que considera, además de lo fisiológico, aspectos psicológicos y sociales de las mujeres, mientras que la ginecología sólo se enfoca en aspectos concretos de la salud, aunque más en la enfermedad. Es por esta concepción del proceso que el objetivo de las parteras se dirige a mantener la normalidad o naturalidad del proceso, atendiendo cada caso en su particularidad y resaltando las necesidades y el sentir de las mujeres; mientras que la obstetricia prefiere intervenciones estandarizadas a todas las mujeres para solucionar y evitar “problemas” (Cobo, 2016).

Varias organizaciones internacionales, como la OMS u organizaciones de la sociedad civil, como GIRE o la Asociación Mexicana de Partería, buscan la recuperación de esos saberes tradicionales. La principal crítica a estas posturas es que se ven como prácticas atrasadas y sin duda el traslado de la atención de los partos a los hospitales ha reducido significativamente las muertes maternas y fetales y las complicaciones del embarazo, pero ha provocado también graves consecuencias en aquellos partos que son de bajo riesgo. Por lo tanto, una postura intermedia sería ideal, una atención como la de la partería tradicional, pero con acceso a tecnologías de cuidado en caso de que suceda alguna emergencia (aunque sin pensar todos los casos como potenciales emergencias). Esto podría realizarse con un lugar para atención del parto cercano a un hospital, pero en donde las parteras sean quienes atiendan, o mediante la aplicación de políticas sobre el parto humanizado, como en Argentina, pero con una capacitación adecuada hacia el personal de salud, de manera que se apropien de esta otra forma de atención del parto y que no lo conviertan en una “receta del parto

humanizado”, sino que se centren en los deseos y sentires de las mujeres y reconozcan que ellas son las protagonistas del proceso.

Como he señalado hasta ahora, el fenómeno la VGO es multifactorial, motivo por el cual el tratar de solucionarlo requiere analizarlo desde diversos flancos, pues considerar sólo uno de los factores sería un análisis vacío e insuficiente que llevará a las estrategias basadas en él al fracaso, como las recomendaciones hacia el parto humanizado de la OMS y diversas organizaciones civiles que han pasado inadvertidos en la mayoría de los hospitales.

Como expuse en este capítulo, existen varias perspectivas que buscan explicar la ocurrencia de la VGO, una de estas perspectivas es la realizada desde la medicina hacia la medicina. La mayor parte de estos trabajos está falto de un enfoque crítico, en el sentido de que considera el problema meramente como una falta de calidad en la atención médica, centrándose en acciones como el trato poco amable otorgado por el personal de salud, como no mirar a la mujer a los ojos, no presentarse, etc. Considerar sólo este hecho lleva a los y las directivas a proponer como solución capacitaciones para que los y las médicas sean más amables, constituyendo reglamentos como el citado de la CENETEC (2014) que indica paso a paso el trato que se debería de tener con la mujer: preséntese, llámela por su nombre, véala a los ojos cuando le hable, etc.; esto hace suponer que enseñando un poco de civilidad se acabaría la VGO, cosa que está lejos de ser cierta. Desde una perspectiva similar, se atribuye la VGO a factores externos al personal de salud, como la ausencia de camas para atender a las mujeres, falta de personal, exceso de pacientes, etc., considerando que el incremento de recursos económicos sería la solución. Sin duda un aumento de los recursos, con más hospitales, más personal y más insumos serían de ayuda, sin embargo, existen más formas de VGO más allá de la negación de la atención por falta de espacio, y tiene que ver con el modo en que se trata a las mujeres, con actitudes de menosprecio, reprimiendo sus opiniones y deseos, censurando su sexualidad, obligándola a someterse a los mandatos del personal, etc., y todas estas acciones ocurren independientemente del número de camas o la cantidad de pacientes, por lo que tampoco se puede atribuir a ello.

Existen también autores y autoras que lo atribuyen a situaciones particulares del personal, como el desarrollo de síndrome de *burnout* debido al exceso de trabajo (Olza, 2014) y, tal vez es cierto en algunos casos, pero aun eso no justifica que se descargue el estrés o los conflictos personales con las mujeres y, por otro lado, resulta difícil creer que tantos/as médicos/as desarrollen dicho síndrome sobre todo aquellos/as que llevan poco tiempo ejerciendo la medicina, como internos y residentes, que también reproducen esas prácticas violentas.

Es posible adivinar, entonces, que resulta difícil para el personal de salud percatarse de las prácticas irreflexivas que ejecutan en los hospitales, pues se trata de actitudes y conductas que se aprenden en la acción y que desde siempre han realizado de la misma manera, por lo que escapan a la conciencia crítica, es por ello que resulta necesario una visión externa de las mismas, por lo que resultan de sumo interés las aproximaciones que se hacen desde la sociología (Castro y Erviti, 2015), o la antropología (Wohlgemut, 2015), pues permiten ver el problema como estructural, que obedece a factores mucho más amplios que lo que nos muestra la medicina. Así vemos desde la sociología, que los y las estudiantes de medicina se forman desde un inicio como agentes del campo médico, y en cuanto tales, deben actuar y pensar de determinada manera, es decir, aprender y enseñar a base de castigos, respetar y reproducir las jerarquías, comportarse como ciudadanos de primera categoría y poseedores de un saber incuestionable, etc. Desde el campo de la antropología podemos ver el aspecto cultural del parto, la forma de entender la sexualidad y el cuerpo de las mujeres y cómo estos aspectos las colocan en un lugar de inferioridad en las salas de parto y cómo una misoginia cultural favorece y legitima las violencias contra ellas. Estas diversas posturas se resumen en la tabla 4.

Estas miradas críticas son fundamentales, sin embargo, sigue faltando un aspecto crucial, y es la mirada de las mujeres que pasan por estos procesos. Pocos estudios hablan sobre las consecuencias de la violencia obstétrica, limitándose a describir cómo, dónde y cuándo sucede, pero ¿qué pasa con quienes la vivieron? ¿Cómo se sintieron? ¿Qué piensan al respecto? Más aún, ¿existen condiciones que predispongan a las mujeres a vivir más o menos violencia? Esta respuesta se ha respondido parcialmente a lo largo de este escrito, pues hemos visto cómo en los

hospitales privados existe una menor prevalencia del fenómeno, lo que indica que el nivel de ingresos sería uno de esos factores; también se ha visto que mujeres que viven con VIH, habitantes de comunidades rurales, pertenecientes a una etnia indígena o afrodescendientes, son más propensas a sufrir algunos tipos de violencias. Pero sigue siendo necesario conocer cómo diversos de estos factores se conjugan para configurar una experiencia particular y es necesario conocer estas experiencias directamente desde las voces de las mujeres involucradas. Ese es el principal objetivo de esta investigación, que se presenta en las siguientes páginas.

Tipo de explicaciones	Causas de la VGO	Autores/as
Microestructurales	Falta de información, trauma no resuelto, síndrome de Burnout.	Ibone Olza, 2014.
	Falta de recursos humanos y materiales, salarios bajos y pocos estímulos al personal, burocratización.	Mario Bronfman, et al., 1997.
Macroestructurales	Androcentrismo y sexismo en la medicina.	Sara Cohen, 2016. Marbella Camacaro, 2010. Victoria Wohlgemut, 2015.
	Estereotipos de Género. El mito de la “buena madre”.	Adriene Rich, 1986, en Arguedas, 2014. Silvia Bellón, 2014
	Deslegitimación del saber tradicional de las parteras. Institucionalización del parto en los hospitales.	Norma Blázquez, 2014. Carla Cobo, 2016. Sara Cohen, 2016. Silvia Federici, 2004.
	Parto tecnocrático El parto regulado por estándares de producción industrial.	Robbie Davis-Floyd, 2001. Silvia Bellón, 2014.
	Patologización y medicalización del embarazo. Medicina defensiva	Beatriz Morrone, 2016. Marbella Camacaro, 2015. Ramón Orueta, s.f., en Almonte, 2016. Natalia Magnone, 2014
	Dispositivos biopolíticos. Enfoque del riesgo obstétrico. Poder obstétrico	Natalia Magnone, 2011, 2014. Michel Foucault, 1977, 2008, 2009. Gabriela Arguedas, 2014.
	Violencia simbólica. Poder simbólico.	Natalia Magnone, 2011. Roberto Castro y Joaquina Erviti, 2015.
	Creación del <i>habitus</i> médico.	Roberto Castro y Joaquina Erviti, 2014, 2015.

Tabla 4. Teorías sobre las causas y explicaciones de la violencia gineco-obstétrica. Elaboración propia.

Capítulo 3. Método

I. Planteamiento del problema

Algunas leyes en distintos países han incorporado la “violencia obstétrica” como un delito sancionable. Este hecho ha contribuido a la visibilización cada vez mayor de este problema y encamina los esfuerzos hacia su prevención y erradicación. Venezuela fue el primer país en crear una ley en la que se define específicamente la violencia obstétrica, en 2007, seguido por Argentina, que promulga una ley similar en 2009 y México, en donde se aprobaron modificaciones en varias leyes estatales sobre violencia contra las mujeres para incluir la violencia obstétrica como una práctica condenable (Bellón, 2014).

En México, el primer estado en incluir el término “violencia obstétrica” en su legislación fue Veracruz, en la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de la Llave (2007), además del código Penal del estado (Congreso del Estado de Veracruz, 2010), estableciendo penas que van desde 6 meses hasta 6 años de prisión, además de sanciones económicas y suspensión de la licencia para ejercer la medicina, a quienes realicen alguna de las siguientes acciones:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Sin embargo, reducir la violencia obstétrica a únicamente estas 5 acciones enlistadas significa dejar de lado la infinidad de conductas y actitudes que también

resultan violencias contra las mujeres usuarias de los servicios de salud, y que también ocurren con extrema frecuencia en los hospitales de nuestro país y en todo el mundo. Violencias como gritos, regaños y otras formas de violencia psicológica; violencias institucionales como la falta de recursos en los hospitales o la falta de espacio de lleva a la negación de la atención; las violencias no evidentes en la forma de procedimientos rutinarios; entre muchas otras, no son considerados dentro de estas legislaciones y constituyen un problema sumamente grave.

A pesar de la gravedad del fenómeno, no se han realizado muchas investigaciones al respecto. Aunque sí se han aventurado probables explicaciones desde diferentes perspectivas. Unas de ellas permanecen en el plano individual y aceptan que tales prácticas existen, pero defienden que no son lo común, que sólo unas cuantas personas las realizan, presuntamente debido a factores personales como el estrés, o incapacidad de sobrellevar la emocionalidad que supone un parto (Sheila Pintado-Cucarella, Julio Penagos-Corzo y Mario Casas-Arellano, 2015). Otras posturas culpan al sistema de salud, atribuyendo el problema únicamente a la falta de recursos humanos y materiales para la atención adecuada de las mujeres. Desde luego que no son desestimables estas explicaciones, pero no alcanzan a captar todo el sentido del problema.

Otras explicaciones sí intentan hacerlo al dar cuenta de la existencia de discursos prevalecientes en el campo médico que reflejan que en éste se reproducen una serie de estereotipos e ideas misóginas y sexistas, bajo las cuales las mujeres son inferiores, deben sufrir para llegar a la maternidad, se les culpa por el acto sexual que llevó al embarazo, etc. Y estas ideas se reproducen en la cotidianidad de la práctica médica y se interiorizan en todos los actores y actrices que se desenvuelven en este (Castro y Erviti, 2015). Se habla bajo esta visión, de grandes estructuras que sustentan estas prácticas: el orden patriarcal, pero también el capitalista, que impone una visión del proceso de parto como un proceso industrial y a las mujeres como máquinas que generan un producto (Rich, en Arguedas, 2014).

Bellón (2014), desde una postura crítica y perspectiva feminista considera que la mayor parte de los casos reflejan, no problemas de exceso de trabajo del personal de salud, sino problemáticas más profundas relacionadas con dinámicas de

medicalización, abuso de autoridad y sexismo, ocasionadas por el poder proveniente de las “jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto” (p.95).

Castro y Erviti (2015), por su parte, atribuyen este fenómeno a la formación del *habitus* médico desde los años de estudio de medicina y durante la práctica profesional, por medio de un currículum oculto. Desde esta perspectiva, los médicos se introducen dentro de un campo autoritario y jerárquico, en el que el aprendizaje se realiza a base de castigos y reproducen esta estructura cotidianamente en su práctica, colocándose en una posición de poder respecto a las mujeres, favorecida por el gran estatus que tiene la medicina en nuestra sociedad y mediante el uso y abuso de su autoridad y de amenazas y castigos conducen a las mujeres durante su proceso de parto.

En el presente trabajo planteo la realización de una investigación que abone al conocimiento sobre el tema de la violencia obstétrica desde una perspectiva diferente, en la que se rescate la voz de las propias mujeres desde una postura feminista, bajo la cual el foco se coloca en esas voces olvidadas por la investigación tradicional y por la sociedad en general: la de las mujeres.

II. Objetivos Generales y específicos

a. *Pregunta de investigación*

¿Cuáles son las experiencias de Violencia Gineco-Obstétrica vividas por las mujeres durante sus procesos de embarazo y parto y qué factores facilitan o complejizan su reconocimiento?

b. *Objetivo General*

Conocer las experiencias de violencia ejercida por el personal de salud hacia las mujeres en el proceso de atención de su embarazo y parto, así como los factores que permiten que las mujeres reconozcan esas violencias.

c. Objetivos específicos

- i.* Conocer las experiencias vividas por distintas mujeres durante la atención de su embarazo y parto.
- ii.* Identificar las distintas formas de violencias que ejerce el personal de salud durante estos procesos.
- iii.* Analizar los factores que propician o dificultan el reconocimiento de estas violencias por parte de las mujeres.

III. Justificación

La mayor parte de las prácticas constitutivas de Violencia Gineco-Obstétrica (VGO) no encuentran justificación alguna en los textos científicos de medicina, ni en las guías de práctica clínica, ni en la ley, ni en las normativas de atención del parto nacionales e internacionales; y las que sí están justificadas no deberían hacerse tan frecuentemente como se hacen, pues se trata de intervenciones necesarias únicamente en partos de alto riesgo, pero 90% de los partos son de bajo riesgo, por lo que realizarlas rutinariamente tampoco encuentra justificación. Entonces cabe preguntarse ¿Por qué se siguen realizando? ¿Por qué son tan frecuentes? ¿Por qué no están tipificadas como delito en prácticamente ningún país y por qué, en los lugares en los que sí se considera delito, no existen sentencias? Sin duda las respuestas a estas preguntas son más complejas de lo que aquí pudiera exponerse, pero un motivo muy importante es porque la VGO está naturalizada en la práctica de la obstetricia, pues el actuar que se enseña a los y las obstetras está plagado de este tipo de prácticas, de manera que se conciben como la forma “normal” de hacer las cosas, de modo que no se problematizan.

Es por ello necesario hacer este fenómeno visible, evidenciándolo como un problema muy diseminado y que debe ser erradicado. Existen investigaciones previas que dan cuenta de la frecuencia de este problema, sin embargo, conciben el problema como un déficit en la calidad de la atención o centrándose en el punto de vista de los y las obstetras. A mí me parece socialmente relevante que en esta ocasión sean las

experiencias de las mujeres las que sean escuchadas, que sean sus voces, inaudibles dentro del campo médico, las que cuenten la historia.

La perspectiva feminista que toma este trabajo permite que sea un canal por medio del cual puedan oírse las voces históricamente silenciadas, a la vez que permite poner en evidencia las condiciones estructurales que sustentan la VGO: el orden patriarcal de nuestra sociedad, que se expresa en la forma de ideas sexistas y actitudes misóginas que coartan los derechos de las mujeres y permiten la dominación del personal de salud.

La idea de llevar a cabo esta investigación surge, además, de motivaciones personales que considero útil transparentar. Un aspecto crucial que permite la existencia impune de este tipo de violencias es que las actitudes que las sostienen se encuentran presentes en todos los niveles y son reproducidas “hacia abajo”, en la formación de los y las estudiantes de medicina desde la licenciatura. Durante esta formación, se inculca la idea del/la médico/a como agentes imprescindibles en la sociedad, dotados/as de un poder-saber privilegiado; que los castigos son un buen recurso didáctico; que las jerarquías son incuestionables e inamovibles; y que las mujeres son inferiores a los varones. Todo ello a través de un currículum oculto que pasa desapercibido, pero que se incorpora a la subjetividad de los/as futuros/as médicos/as.

Yo fui parte de ese grupo de estudiantes de medicina y aprendí cómo el sistema se encuentra jerarquizado y la comunicación es únicamente con la persona en el eslabón superior inmediato; cómo se reproduce el sexismo en los salones de clase y los hospitales, se degrada a las mujeres que estudian la carrera, a las enfermeras y, por supuesto, a las “pacientes”; cómo el castigo constituye el método de enseñanza por antonomasia; y finalmente, cómo todo este sistema es incorporado (inscrito en el cuerpo), incuestionable y reproducido consciente e inconscientemente por todas las personas que forman parte de él.

Como parte de esta estructura, yo también incorporé sus particularidades y lo reproduje en mi actuar. Fue hasta que abandoné el campo médico que dichas estructuras dejaron de estar naturalizadas. Fue preciso abandonar el sistema para asir una perspectiva diferente que me permitió cuestionar aquellas situaciones que parecían

normales. Con esto quiero decir que, efectivamente, la VGO es invisible para quienes se encuentran dentro del campo médico, por ello, prácticamente no existen estrategias para su eliminación y cuando las hay, se ejecutan dentro de los mismos términos del campo médico, en forma de reglas a acatar y no como invitaciones a reflexionar.

Por lo tanto, la pertinencia de esta investigación es que busca aportar algo en la búsqueda de lograr la visibilización de la VGO como una violencia estructural y presente en todos los niveles de atención de la salud reproductiva de las mujeres. También, cuestionar la pertinencia de esas prácticas tan comunes y cuestionar al sistema médico en general, a la luz de la evidencia proveniente de esas voces silenciadas, las de las mujeres que vivieron las violencias.

IV. Tipo y diseño del estudio

Para la realización de este trabajo se realizará una investigación empírica de corte cualitativo, fenomenológica y comprensiva. Fenomenológica en tanto busca conocer la realidad interna y única de las participantes, desde su propia visión. Y comprensiva en tanto busca responder el cómo y el porqué del fenómeno, es decir, pretende conocer cómo se produce la Violencia Gineco-Obstétrica y cómo es interpretada, comprendida y experimentada por las participantes.

V. Técnica de recolección de la información

Esta investigación se llevó a cabo en tres etapas. En primera instancia, realicé un formulario con la herramienta "Formularios Google", el cual fue difundido a través de la red social *Facebook*. El propósito de este formulario fue hacer una primera aproximación al problema de investigación, un sondeo para conocer algunas de las principales formas de VGO. Este cuestionario está dividido en tres partes, una primera sección de datos generales que tuvo el objetivo de recabar la mayor cantidad de información sobre las participantes que pudiera ayudar a contextualizar su experiencia particular. La segunda sección constó de dos preguntas para indagar sobre la experiencia general del proceso de atención del parto, en la primera pregunta de

manera general: *“Me gustaría que me contara lo más ampliamente posible, cómo fue el proceso de tener a su hijo/a, desde que sintió que ya comenzaba su parto, cómo fue la búsqueda de atención, qué trato que recibió de quienes la atendieron, qué pasó una vez que fue ingresada al hospital, qué recuerda que le dijeron los médicos o las enfermeras, cómo se sintió en cada momento, etc.”*. Y en una segunda pregunta enfocado en las formas de violencia específicas preguntando si alguna situación había resultado incómoda o violenta: *“Ante alguna de las situaciones que vivió durante su proceso (p. ej. algún procedimiento/intervención que le realizaron o el trato que le dieron, etc.) ¿se sintió incómoda o incluso violentada?”*. La tercera sección de este cuestionario la construí considerando las principales acciones que se señalan en la literatura como formas de violencia obstétrica que ocurren como procedimientos rutinarios en la atención de las mujeres (Anexo 1). Un total de 71 mujeres respondieron este formulario.

Una de las principales ventajas de aplicar este cuestionario fue que pude recabar una cantidad considerable de testimonios que muestran que existen muchas formas de violencia más allá de las señaladas en la literatura. No obstante, debido a la naturaleza de un formulario en línea, muy pocas participantes hablaron acerca de las emociones surgidas durante su atención o lo que sintieron ante las violencias vividas. Aunado a ello, pocas participantes respondieron de forma extensa a las preguntas abiertas. Por estas razones, decidí realizar una segunda etapa en la investigación y con base en los datos obtenidos de la primera fase, reformulé la pregunta inicial del formulario web para enfocarla directamente hacia la búsqueda de violencias específicas: *“Me gustaría que me contara lo más ampliamente posible, cómo fue el proceso de tener a tu hijo/a, desde el primer momento, cuando sintió que ya comenzaba su parto, cómo fue la búsqueda de atención, qué trato que recibió de la(s) persona (s) que la atendieron, qué pasó una vez que fue ingresada al hospital, qué recuerda que le dijeron los médicos o las enfermeras, cómo se sintió en cada momento, qué sucedió una vez que nació su bebe, etc.”* (el resto de preguntas permaneció sin cambios). Con esta guía de entrevista (Anexo 2) realicé un total de 18 entrevistas en un Hospital General de Zona del Instituto

Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México¹⁹. Las 18 mujeres que participaron se encontraban en un área del hospital que se conoce en el argot del personal como “área de puérperas”, una zona en la que ubican a las mujeres después de haber sido atendidas ya sea por medio de parto o cesárea.

Para obtener acceso al hospital, acudí con la persona encargada del área de enseñanza, a quien le planteé la idea general de mi investigación y me presentó con la trabajadora social encargada del “área de puérperas”, quien accedió a supervisar mi estancia en el hospital y me presentó con las mujeres para preguntar si deseaban colaborar en la investigación.

No obstante, el contexto hospitalario constituyó un obstáculo para la realización de las entrevistas, pues varias razones se interpusieron para que pudieran hablar libremente, por ejemplo, a pesar de decir expresamente que no era parte del personal ni era médico, en las primeras entrevistas se me solicitó usar bata y se me presentó como “doctor”, hecho que favoreció que yo fuera visto como parte del personal, de modo que la mayoría expresaron haber recibido un excelente trato por parte del personal, pese a que en ocasiones era evidente que no fue así, pues yo presencié algunos malos tratos.

Por lo tanto, con el objetivo de realizar entrevistas a mayor profundidad, realicé 8 entrevistas fuera del contexto hospitalario utilizando la misma guía de entrevista. Seis de estas entrevistas se realizaron en los domicilios de las mujeres, una en la escuela de uno de sus hijos y otra más en su establecimiento de trabajo.²⁰

Todas las participantes de la tercera etapa son amigas de tres personas conocidas mías, quienes les comentaron acerca de los propósitos de la investigación que estaba realizando y accedieron a participar en la misma. En todos los casos, su amiga y conocida mía estuvo presente durante la entrevista, lo cual ayudó a que compartieran con mayor detalle sus historias.

La segunda y tercera fase de la investigación se realizaron mediante la

¹⁹ Se trata de un hospital de segundo nivel, en el cual la ginecología y obstetricia es una de sus principales especialidades.

²⁰ Cronológicamente, primero se realizó la entrevista en línea, en segundo lugar las entrevistas en los domicilios de las participantes y por último en el hospital. Sin embargo, los ordeno aquí de manera diferente con fines prácticos, obedeciendo más a la profundidad de las entrevistas que al tiempo en que fueron realizadas.

aplicación de entrevistas individuales semiestructuradas. La utilidad de las entrevistas semiestructuradas se encuentra en que resulta más probable que las personas entrevistadas aporten sus puntos de vista es una situación de entrevista relativamente abierta que durante un cuestionario o una entrevista estandarizada. El propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, esto para lograr interpretaciones fidedignas del significado de los fenómenos que describen (Steinar Kvale, 1996, en Martínez, 2006).

En las entrevistas semiestructuradas quien entrevista cuenta con una guía conformada por preguntas más o menos abiertas para que la persona entrevistada responda libremente a ellas. Se parte de la idea de que las preguntas en las entrevistas estandarizadas y cuestionarios limitan cuándo, en qué secuencia y cómo se abordarán los asuntos, hecho que dificulta conocer el punto de vista de la persona entrevistada. En este tipo de entrevista, quien entrevista decide cuándo y en qué secuencia hacer qué preguntas u omitir algunas preguntas si ya se han respondido dentro de otra, puede también guiar a la persona entrevistada a profundizar más en un aspecto o volver a la guía cuando se ha desviado del tema central (Uwe Flick, 2007)

Una ventaja de la entrevista semiestructurada respecto a la entrevista abierta es que el uso de una guía de entrevista aumenta la capacidad para la comparación de los datos y su estructuración aumenta como resultado de las preguntas incluidas en la guía (Flick, 2007).

VI. Participantes

En esta investigación colaboraron de manera voluntaria un total de 97 mujeres, 71 en la primera etapa, respondiendo el formulario en internet, 18 en la segunda etapa, mediante entrevistas realizadas en un hospital y 8 mediante entrevistas realizadas en sus domicilios o lugar de trabajo.

El criterio para la participación en esta investigación fue que las mujeres hubieran tenido un parto o cesárea en algún momento de sus vidas y desearan participar en la investigación. En caso de mujeres con más de un hijo/a, se solicitó narrar la historia del caso que recordaran con mayor claridad por el modo en que fueron tratadas. La

búsqueda de participantes en la primera etapa fue al hacer difusión del formulario entre personas conocidas, principalmente en redes sociales, y bajo la técnica de bola de nieve, solicitar a esas personas que compartieran el formulario con otras personas. Para la segunda etapa se gestionó la entrada a un hospital del IMSS, en donde la encargada de enseñanza del hospital aceptó y las entrevistas se realizaron con la intermediación de la trabajadora social encargada del “área de puérperas”. Para la tercera etapa también se recurrió a personas conocidas y conocidas de conocidas que no hubieran participado en la primera etapa y que desearan compartir su historia.

VII. Análisis de la información

El análisis de la información obtenida en esta investigación la llevé a cabo en distintas fases. En un primer momento fue necesario leer a detalle y profundidad todos los datos disponibles: las transcripciones de las entrevistas y las participaciones vía internet, de manera independiente para cada etapa de la investigación; todo esto para conocer de mejor manera las experiencias específicas de cada una de las participantes y buscando identificar aspectos similares y dispares en sus experiencias. En un segundo momento, realicé una relectura de todas las participaciones, generando categorías temáticas emergentes que facilitarían el proceso de análisis. Creé estas categorías mediante una codificación guiada por los datos o codificación abierta (Graham Gibbs, 2012), en la cual los “códigos” o “temas” surgen de los mismos datos aportados por las participantes y no mediante una lista de códigos preconcebida. Estos temas pueden referirse a actos y comportamientos específicos, acontecimientos, actividades, estrategias, prácticas o tácticas; estados; significados; participación en su entorno; interacciones; condiciones o limitaciones; consecuencias; o contextos.

Posteriormente, comparé los distintos códigos en las diversas participaciones para crear metacategorías, buscando similitudes o patrones al considerar los diferentes contextos en los que se obtuvo la información y en los que las participantes vivieron el proceso de atención de su embarazo. De esta comparación surgieron las categorías enlistadas en la tabla 5:

Categoría	Descripción
Violencias evidentes	Incluye formas de violencia expresadas directamente por las participantes como tales.
Violencias veladas	Incluye formas de violencia que son justificadas por el personal como acciones rutinarias. Resultaron incómodas para las participantes, pero no son concebidas como violencia al ser procedimientos “rutinarios”.
Violencia simbólica	Incluye situaciones en las que se evidencia alguna forma de naturalización de la violencia por parte de las participantes.
Violencia institucional	Incluye condiciones hospitalarias, trámites burocráticos o políticas que generan violencias hacia las usuarias.
Experiencia subjetiva del parto	Incluye las emociones experimentadas por las mujeres durante su proceso de atención hospitalaria.
Resistencias	Incluye formas en las que las participantes hicieron frente a las violencias vividas al negarse a la realización de algún procedimiento, reclamar sus derechos, entre otras.

Tabla 5. Metacategorías surgidas en el análisis de datos. Elaboración propia.

Con base en estas categorías, realicé otra lectura de los datos, poniendo énfasis en cómo los diferentes contextos en los que se atendió el parto y las condiciones particulares de cada participante influían y condicionaban una vivencia particular del proceso. Los resultados de estos análisis se presentan en el siguiente capítulo.

VIII. Marco interpretativo para el análisis de resultados

a. Epistemología Feminista

De acuerdo con Norma Blázquez (2012)

La epistemología es una teoría del conocimiento que considera lo que se puede conocer y cómo, o a través de qué pruebas las creencias son legitimadas como conocimiento verdadero. La epistemología feminista estudia lo anterior, abordando la manera en que el género influye en las concepciones del conocimiento, en la persona que conoce y en las prácticas de investigar, preguntar y justificar (p. 22).

Es así que la epistemología feminista identifica las prácticas científicas dominantes que ponen en desventaja a las mujeres al excluirlas de la investigación, producir teorías acerca de las mujeres en las cuales son descritas como inferiores o anormales respecto a la norma que es el varón; y se teoriza también sobre fenómenos

sociales que invisibilizan las actividades y los intereses de las mujeres o a las relaciones desiguales de poder entre los géneros; y se produce conocimiento que refuerza y reproduce esas mismas desigualdades (Blázquez, 2012).

A pesar de que no existe un solo feminismo y las posturas de los diversos feminismos suelen ser muy diferentes, existen dos postulados que sí comparten las diversas posturas. Primero, el género, en su cruce con otras categorías como raza, etnia, clase social, edad, orientación sexual, nacionalidad, entre otras, es un organizador de la vida social. A esto se refiere Kimberlée Crenshaw (1989, en Javiera Cubillos, 2015) como interseccionalidad, y la define como “un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (p. 122).

Segundo, no basta entender lo anterior, sino que es necesaria la acción para lograr la igualdad. Debido a ello, uno de los compromisos fundamentales de los feminismos es lograr el cambio para las mujeres, en lo particular y el cambio social progresivo en general, en aras a lograr la igualdad entre las personas (Blázquez, 2012).

Es por ello que considero necesario incluir en esta investigación la perspectiva de género que, de acuerdo con Blázquez (2008), es una “herramienta teórica y metodológica que permite plantear una crítica a las áreas del conocimiento tradicionales, mostrando la necesidad de una mayor profundidad en el examen de conceptos y supuestos que todavía existen en los distintos campos del saber” (p. 11). El uso de esta perspectiva permite adquirir una nueva visión sobre la realidad, más crítica y permite observar cómo muchas de las relaciones sociales que suelen darse por sentadas, tomadas como naturales e inocuas, reproducen condiciones de opresión, desigualdad y dominación en contra de las mujeres (Blázquez, 2008).

Una investigación desde esta perspectiva, entonces, permite hacerse preguntas que resultan invisibles para gran parte de los análisis sobre el tema de la Violencia Gineco-Obstétrica, por ejemplo: ¿Por qué ocurre con tanta frecuencia e impunidad? ¿Por qué, pese a ser un fenómeno internacional, existen investigaciones en muy pocos países? ¿Por qué existen tan pocas políticas para contrarrestarla? ¿Por qué estas políticas no se aplican? ¿Por qué esta violencia es invisible? Y más importante, permite plantear respuestas que van más allá de la falta de insumos, de la gran carga de trabajo o del estrés inherente al trabajo médico; respuestas que analizan a profundidad las

estructuras mismas de la sociedad, por ejemplo, los estereotipos de género que ven en la maternidad una obligación para todas las mujeres, que asumen que las mujeres deben de ser sumisas y obedientes, que se debe parir con dolor, que la sexualidad de las mujeres debe ser exclusivamente reproductiva y que no debe disfrutarse, entre otras.

Las diferentes posturas feministas también permitirán una aproximación al tema desde nuevos y distintos enfoques de investigación, en particular, parto desde la teoría del Punto de vista feminista, desarrollada por varias autoras, como Dorothy Smith , Nancy Harstock, Donna Haraway y Sandra Harding (citadas en Sandra Harding, 2010). Proyectos desde esta perspectiva han criticado de qué manera ciencias como la biología han construido métodos y dirigido sus investigaciones con el objetivo de satisfacer las necesidades sexistas, androcéntricas, racistas y eurocéntricas de los grupos sociales dominantes (Haraway, 1989, en Harding, 2010). En respuesta a estas investigaciones de la ciencia hegemónica, resulta necesario hacer investigación para y desde los grupos oprimidos por estas ideologías dominantes, mediante proyectos que puedan “ver debajo o detrás de las ideologías sexistas y androcéntricas dominantes que confirman la vida de todos, con el objeto de identificar los hechos de la vida cotidiana de las mujeres” (Harding, 2010, p. 48).

La teoría del Punto de vista feminista busca estudiar “hacia arriba”, intentando mapear las prácticas del poder, las formas en que las instituciones dominantes crean y sostienen relaciones de poder opresivas. También busca la creación de conciencia grupal, de modo que cada grupo oprimido pueda llegar a comprender que sus integrantes están oprimidos porque son miembros de ese grupo y no porque individualmente merezcan ser oprimidos.

La creación de conciencia grupal se da [...] a través de las luchas políticas liberadoras que son necesarias para las mujeres u otros grupos oprimidos [...]. Así, los proyectos feministas del Punto de vista siempre están socialmente situados y políticamente comprometidos en formas prodemocráticas” (Harding, 2010, p. 52)

Desde esta teoría, existen tres características distintivas de la investigación

feminista: 1) parte de la experiencia de las mujeres como forma de desarrollar nuevos conocimientos contrahegemónicos a aquellos que han ocupado la investigación científica al servicio de los intereses de los hombres burgueses, blancos y europeos. 2) Está a favor de las mujeres, ofreciendo explicaciones de los fenómenos sociales que ellas quieren y necesitan. 3) Quien investiga se sitúa en el mismo plano crítico de quienes investiga, es decir, que la clase, raza, cultura, presuposiciones en torno al género, creencias y comportamientos de quien investiga deben colocarse “dentro del marco de la pintura que ella o él desean pintar” (Harding, 1987, p. 25) al explicitar cómo sospecha que eso haya influido en el proceso de investigación como evidencia empírica a favor o en contra de los argumentos que sustentan las conclusiones y que debe analizarse críticamente (Harding, 1987).

Esta forma de relación entre quien investiga y quien es investigada es la “reflexividad de la ciencia social” y es una herramienta imprescindible dentro de la investigación feminista, pues el reconocer que las creencias y comportamientos culturales determinan los resultados de los análisis y someter a análisis también esas creencias como datos empíricos incrementa la objetividad de la investigación y disminuye el “objetivismo” que pretende ocultar este tipo de evidencia (Harding, 1987).

Con lo anterior en consideración, pienso que son fundamentales los enfoques de investigación que se centren justamente en la voz de las mujeres, que sean ellas quien expresen sus vivencias respecto al fenómeno, y no que sea presentado desde la mirada del/la obstetra que justifica sus prácticas, de la partera que propone otras posibilidades o del/la antropólogo/a o sociólogo/a que observa lo que sucede en la clínica, sino directamente desde la voz y experiencia de las mujeres, para lo cual tomo también como marco interpretativo de este trabajo una postura fenomenológica.

b. Metodología Fenomenológica

Los métodos fenomenológicos permiten conocer una realidad interna, única y propia de cada persona, que tiene que ver con la manera en que esta es vivida y percibida por ella. Estos métodos surgen para hacer posible el estudio de esas realidades como son en sí, sin tratar de ajustarlas a marcos de referencia externos, es decir, estudiar los fenómenos tal cual son experimentados, vividos y percibidos por las

personas mismas “sin constreñir su estructura desde afuera, sino respetándolas en su totalidad” (Miguel Martínez, 2006, p. 137), en otras palabras, no se estudia o se busca una realidad objetiva, externa y universal, sino una realidad que depende de la manera en que es percibida y experimentada por cada quien en particular, una realidad interna y personal (Martínez, 2006).

Edmund Husserl fue el fundador de la fenomenología moderna y acuñó el término *Lebenswelt* (mundo de vida, mundo vivido) “para expresar la matriz de este mundo vivido, con su propio significado” (Edmund Husserl, 1962, en Martínez, 2006, p. 137). Para este autor, “la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia” (p. 138). Esta esencia (*éidos*) es válida universalmente y útil científicamente. Para descubrirla, el/la investigador/a parte del estudio de casos, pero su meta final es alcanzar los principios generales mediante la intuición de la esencia; de modo que éste método se encuentra entre lo idiográfico (particular) y lo nomotético (universal) (Martínez, 2006).

El procedimiento metodológico de la fenomenología consiste en escuchar a detalle diversos casos similares y describirlos minuciosamente para, posteriormente, construir una estructura común representativa de estas experiencias (Martínez, 2006).

En su cruce con el feminismo, la metodología fenomenológica abre interesantes posibilidades para conocer las realidades particulares de las mujeres, incluyendo sus intereses, sus intenciones y sus afectos, que quedan excluidos bajo la mirada androcéntrica de la investigación tradicional. Justamente el punto central de esta investigación reside en las mujeres, en cómo ellas viven su experiencia, cómo significan sus relatos. No se trata de ajustar sus narraciones a una estructura teórica, sino de conocer una realidad interna y personal de cada una de las participantes. Además, al considerar una noción de experiencia desde el feminismo, donde es una herramienta con fines políticos, es posible pensar en la experiencia como un vehículo para el cambio social, para fomentar nuevas prácticas en el proceso de atención del parto en las que se respete la autonomía y la dignidad de las mujeres, en las que ellas sean el centro de atención, en las que todas las personas involucradas se vivan con igualdad. Es por eso que en esta investigación se cruzan la epistemología feminista y la metodología fenomenológica.

Capítulo 4. Resultados

A continuación presento los resultados de la investigación divididos en cinco secciones: en primer lugar describo de manera general las características de las participantes. En una segunda sección presento la experiencia subjetiva del parto sentida por las mujeres, principalmente sobre las emociones que fueron experimentando durante el proceso de la atención del mismo. En tercer lugar se presentan las diversas formas de VGO que sufrieron las mujeres seguida de las formas de resistencia que presentaron ante estas violencias. Esta división es realizada únicamente con fines prácticos, pues en realidad resulta imposible separar la segunda y tercera categorías, pues la vivencia subjetiva del parto está determinada directamente, entre otras cosas, por el trato recibido dentro del proceso de atención, de modo que un buen trato se refleja en una experiencia placentera, mientras que los malos tratos llevan a vivir el parto como un suplicio, lleno de emociones negativas, como se verá a continuación. En una sección adicional, analizo las historias de dos de las participantes, cuyas entrevistas fueron más extensas y en las cuales se puede ver la conjunción de toda una serie de violencias de diversos tipos durante todo el proceso de atención de su embarazo.

Como mencioné en el capítulo previo, en la sección sobre el análisis de datos, la categorización inicial se hizo de manera independiente para los datos de cada una de las etapas de investigación. Sin embargo, a continuación presento los datos de manera conjunta, pues debido a las grandes similitudes entre las categorías emergentes, pudieron unirse fácilmente en las metacategorías. Esta similitud se debe a que, a pesar de que los métodos de recolección de información fueron diferentes, el formulario por internet sirvió como guía para las entrevistas semiestructuradas, sólo con ligeras modificaciones, por lo tanto, la segunda y tercera etapa de investigación sirvieron para profundizar los mismos temas surgidos en la primera.

Aunque a pesar de presentar los datos de forma conjunta, estoy consciente de que el contexto y la forma de contestar determina el tipo de respuestas que se dan, además de que a pesar de la similitud entre las respuestas, son más las diferencias, pues la manera de vivir eventos similares es muy diferente para cada persona de

función de sus características y las de su contexto, las cuales interactúan produciendo experiencias y modos de vivir las particulares de cada persona. En este sentido y retomando a Patricia Hill Collins (2015) habla de una matriz de dominación, un entramado de distintas condiciones de una persona que permite, favorece y complejiza la existencia de determinados tipos de violencias. Hill habla de 8 ejes de dominación que se construyen como fenómenos que en conjunto construyen y dan forma a inequidades sociales complejas: raza, clase, género, sexualidad, etnicidad, nación, habilidad y edad. En esta investigación no indagué en relación a todos estos aspectos, pero intentaré mencionar en los resultados y para contextualizar lo dicho por la participante, los datos más relevantes que puedan llevar a conocer un poco más sobre ellas, mencionando su edad, lugar de residencia, escolaridad y tipo de establecimiento en que fueron atendidas. Estos datos se colocan entre paréntesis después de cada una de las citas.

Además de los datos anteriores, también indico si esa participante en particular lo hizo vía internet, mediante entrevistas en hospital o en sus domicilios, colococando únicamente el número de participante a quien cito en el caso de quienes participaron vía internet, el número seguido de una “h” en el caso de quienes se encontraban en el hospital cuando realicé la entrevista y el número seguido de una “e” para las entrevistas realizadas en los domicilios de las participantes.

En el caso de las participantes que respondieron el formulario vía internet, se transcriben aquí sus testimonios tal cual fueron escritos por ellas, esto con el fin de no alterar el sentido original al hacer alguna corrección. Por este motivo, se encontrarán en algunas citas faltas de ortografía o gramaticales, así como usos coloquiales del lenguaje. Todas las transcripciones son literales y aparecen en negritas y cursivas.

I. Caracterización general de las participantes

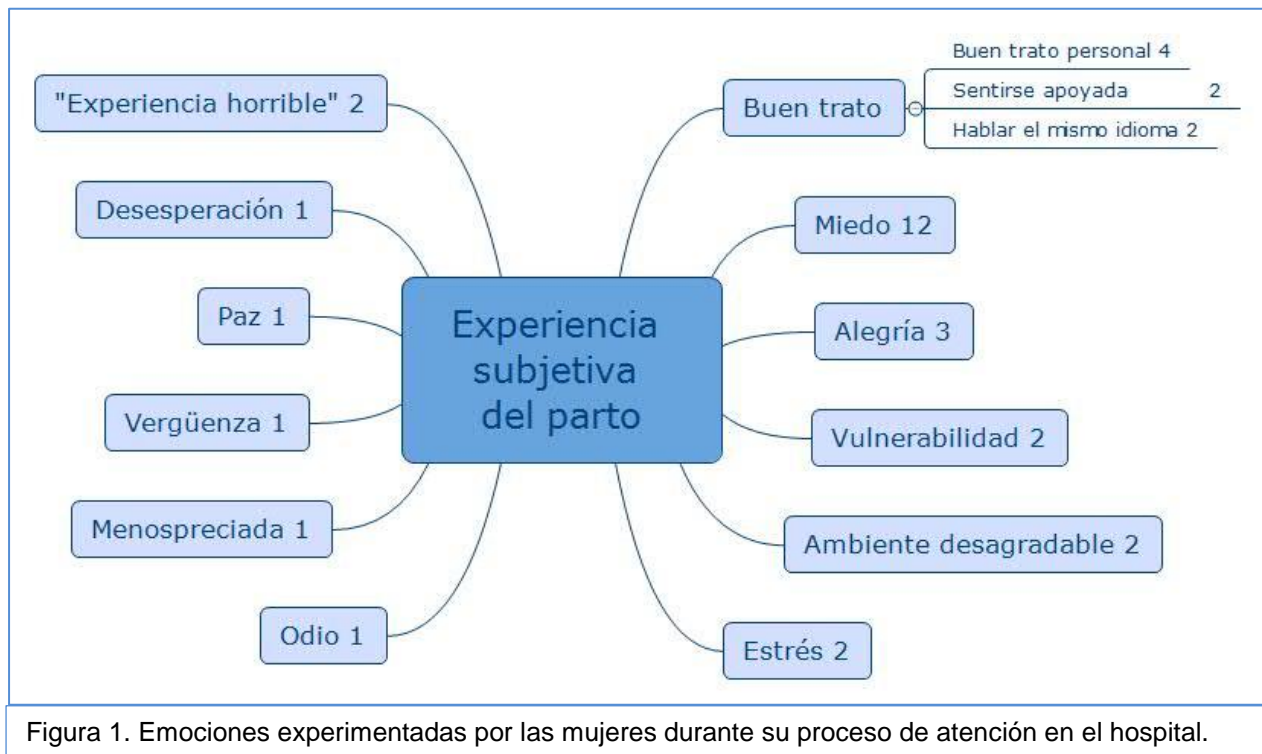
Entre las participantes de la primera etapa de la investigación, su rango de edad (al momento de la experiencia que narraron) fue de los 16 a los 38 años, con una media de 24.2 años. La mayoría de las participantes fue atendida en la Ciudad de México (43%), seguida por el estado de Hidalgo (19%), Querétaro (10%), Estado de México (8%), Puebla (6%) y Veracruz (6%). También participaron mujeres de Aguascalientes (2%), Tlaxcala, Nuevo León, Michoacán, Jalisco y Colima (una participante de cada uno de estos estados (1%)). En cuanto al tipo de establecimiento en que fueron atendidas, el 59% fueron atendidas en el sector público y el 41% en hospitales o clínicas privadas. En cuanto a su grado de estudios, 42.3% cuenta con licenciatura, 18.3% con preparatoria y el mismo porcentaje con una carrera técnica o comercial, 11.3% con posgrado y el 9.9% con secundaria.

En la segunda etapa de la investigación (realizada dentro de un hospital público) participaron mujeres con un rango de edad que fue de los 20 a los 40 años, 14 de las 18 participantes tenía menos de 30 años. Tres de ellas vivía en el estado de México y las 15 restantes en la Ciudad de México. En la mayoría de ellas su embarazo terminó vía cesárea (12), mientras que sólo en seis terminó en un parto. En relación con su escolaridad, el 50% de ellas cuenta con preparatoria, 22% con licenciatura, 16.6% con secundaria y 11.1% con carrera técnica o comercial.

Finalmente, en la tercera etapa de la investigación participaron 8 mujeres, 4 de ellas originarias del estado de Querétaro, dos del estado de México, una del estado de Hidalgo y una de Michoacán. Dos de ellas fueron atendidas en un hospital privado, mientras que las restantes seis fueron atendidas en uno público. La mitad de ellas cuenta con estudios de licenciatura, una de ellas con preparatoria, otra de ellas con carrera técnica, una de ellas con secundaria y otra con primaria.

II. Sobre las experiencias subjetivas del parto

En esta sección y las siguientes presento integradas las experiencias de las tres etapas de la investigación. En la figura 1 presento las diferentes emociones que describieron las mujeres en relación a su experiencia durante el proceso de su atención médica. Los números a la derecha de cada categoría indican la cantidad de participantes que refirieron dicha emoción.



El proceso del parto de algunas mujeres puede ser una grandiosa experiencia y puede vivirse de una manera muy agradable y es recordado por algunas de ellas como un momento muy feliz en sus vidas, incluso el mejor. Una participante narra su parto como ***“la experiencia más hermosa de toda mi vida, es conocer al amor de tu vida, es un amor muy grande. Cargarlo en tu vientre y después de tanto tiempo llegó el momento de conocerlo”*** (Participante 11, 22 años, Chalco, Edo. Mex., Carrera

técnica, Hospital Público: SSa²¹). También ha sido descrito como “**un momento de mucha paz**” (Participante 10, 29 años, Monterrey, NL, Posgrado, Privado).

Estas experiencias positivas en relación con el parto derivan de que el trato recibido **en todo momento fue cálido, humano y ético [...] hicieron una labor maravillosa** (Participante 2, 33 años, Naucalpan, Edo Mex, Licenciatura Privado), que el personal **es excelente y siempre [hubo] buen trato hacia mi persona** (Participante 13, 33 años, CDMX, Preparatoria, Privado), además de ser **muy amables cumpliendo con un trato digno** (Participante 35, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS). Y a pesar de que pudieron llegar a sentir miedo al enfrentarse a un proceso desconocido, éste disminuía debido a que les resolvían todas sus dudas y les explicaban cada uno de los procedimientos que les realizarían (Participante 52, 19 años, GAM, CDMX, Licenciatura, Privado), **lo que iba a pasar y lo que pudiera llegar a sentir** (Participante 36, 22 años, Tepatlán, Jal, Carrera técnica, Público: IMSS). Gracias a lo anterior, las mujeres se sintieron apoyadas por el personal durante todo el proceso, pues les **daban palabras de aliento como: piensa q todo este fuerza valdrá la pena para conocer a [t]u bebe** (Participante 9, enfermera, Público: SSa).

La experiencia fue aún más reconfortante en los casos en los que alguien del personal era una persona conocida de la participante, pues gracias a ello recibieron “**un mayor apoyo**” (Participante 62, 25 años, Coyoacán, CDMX, licenciatura, Público: IMSS) debido a que estas personas estaban “**a su lado en todo momento supervisando el trabajo de parto**” (Participante 12, 21 años, Venustiano Carranza, CDMX, Licenciatura, Privado) y les daba tranquilidad saber que “**estaban rodeadas de profesionales, que además eran [sus] amigos**” (Participante 25, 38 años, CDMX, Posgrado, Privado).

Sin embargo y desgraciadamente, este tipo de experiencias reconfortantes son las menos. Aunque no muchas mujeres (36 participantes) hablaron acerca de sus emociones, la mayoría de quienes lo hicieron se refieren a sus partos como experiencias sumamente desagradables debido principalmente al trato que recibieron por parte del personal de salud, por el ambiente que se crea en la sala de partos o por limitantes institucionales como las malas condiciones de los hospitales. Estas

²¹ Secretaría de Salud.

situaciones las llevaron a sentir, principalmente, miedo, estrés y una sensación de vulnerabilidad.

1. Miedo.

La emoción que predomina al enfrentarse al proceso de atención del parto y que resulta una constante en todas las etapas de investigación, es el *miedo*, causado por diversas circunstancias, como el enfrentarse a una experiencia desconocida, el no saber qué sucede con sus cuerpos, el ser aisladas de sus familiares, el estar en un ambiente desconocido para ellas e incluso el miedo como reacción al trato del personal: miedo a reclamar por sus derechos para no recibir más gritos, como presento en los siguientes párrafos.

Así, algunas participantes confiesan haber sentido ***miedo para volver a ser madre [por no querer tener] otra experiencia así*** (Participante 8, 26 años, Huejutla, Hgo., Licenciatura, Público: IMSS); miedo a morir, generado ***por las palabras de los médicos ya que en vez de alientarte te dicen palabras como: “si no puja corre en riesgo su vida y de su hijo”*** (Participante 9, enfermera, Público: SSa); miedo ***al experimentar algo nuevo*** (Participante 50, 25 años, Xochimilco, CDMX, Licenciatura, Público); o miedo ***de que algo saliera mal*** (Participante 70, 19 años, CDMX, Secundaria, Privado).

Este miedo se ve acrecentado por la poca información que tienen y reciben las mujeres acerca de qué procedimientos se les realizarán o cómo será todo el proceso. Por eso, llenas de incertidumbre, sobre todo si se trata de su primera experiencia, ronda en sus mentes una pregunta: ***[¿]qué me va a pasar [?]*** (Participante 8h, 34 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS). La poca información recibida por ellas sólo aumenta sus preocupaciones por su bienestar y por el de sus hijos o hijas, pues el personal no comparte con ellas los procedimientos que les realizarán, la razón por la cual se eligen esos procedimientos, qué sentirán al respecto, nada, únicamente les dicen, por ejemplo: ***“te vamos a sacar a tu bebé”***, provocando que se sintiera ***muerta de miedo, por mi hijo*** (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Aunado al trato recibido por parte del personal, las mismas condiciones que se generan en la sala de partos generan miedo en las mujeres, el proceso de ser aisladas, recluidas en el hospital, separadas de sus familiares, introducidas a una sala en la que lo primero que escuchan son gritos de dolor y regaños a quienes los profieren crea bastante temor, lo cual **genera un ambiente muy tenso, en lugar de hacer el proceso de parto agradable, se vuelve algo feo porque se va contagiando el miedo y la histeria** (Participante 1, 21 años, Querétaro, Qro, Preparatoria, Público: SSa). Temor a lo desconocido, en primera instancia, que posteriormente se transformará en temor a hacer reclamos. Un tipo muy particular de miedo expresado fue el miedo a que no fueran atendidas si reclamaban acerca del mal trato recibido (Participante 44, 22 años, GAM, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS), o miedo de ser reprendidas o de que les digan algo grosero si se quejan sobre el dolor que sienten: **les decían muchas cosas, así bien feo. Y yo, pues me iban a decir lo mismo, entonces yo nada más me tapaba la cara** (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa)

2. Vulnerabilidad.

Además del miedo a no ser atendidas, otros factores contribuyen a que las mujeres no profieran quejas respecto al mal trato recibido: es que el embarazo se reconoce como una condición de vulnerabilidad para las mujeres, pues **no puedes defenderte, primero por el gran dolor del trabajo de parto, segundo porque los necesitas para que te ayuden al nacimiento de tu hijo** (Participante 9, enfermera, Público: SSa). Por lo que al encontrarse en esa situación, el trato recibido por parte del personal **hace la diferencia** (Participante 2, 33 años, Naucalpan, Edo Mex, Licenciatura, Privado), por lo que es imprescindible que el personal les muestre respeto, Aquí, miedo y vulnerabilidad se combinan evitando que la participante se queje de algún mal trato recibido, pensando que ello podría repercutir en la negación de su atención.

3. Estrés.

Otra emoción usada para describir el proceso de atención del parto por algunas mujeres fue “estrés”, generado, de nuevo, por el mal trato recibido dentro de los hospitales y los obstáculos institucionales que provocan largas esperas: **Únicamente que ellos generan más estrés del que una misma ya tiene por sus regañones i las esperas** (Participante 30, 34 años, Tulancingo, Hgo, Público: IMSS). En la siguiente sección se analizará más a profundidad de qué obstáculos institucionales se trata, pero todos estos factores generan en las mujeres una gran cantidad de estrés y hacen de la experiencia vivida una muy desagradable que no quisieran volver a vivir: **yo estaba enojada, estresada, de que decía: no quiero estar aquí, era la primera vez que yo me hospitalizaba en un ho... en toda mi vida y, feo, dices, para tener esa experiencia, pues mejor no lo vuelves a hacer** (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Vemos entonces que en la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación, el proceso del nacimiento de sus hijos/as fue vivido de una forma desagradable, propiciado esto por el mal trato que recibieron dentro de los hospitales. Al respecto, resulta notable la diferencia entre la atención en los servicios públicos y privados de salud, pues en muchas ocasiones aquellas personas con la solvencia económica para pagar un servicio privado pueden acceder a un mejor trato durante la atención de su embarazo, pues el trato por parte del personal de salud es radicalmente diferente si se les está pagando o si es “gratuito”.

Sin duda, es posible cómo el clasismo se hace evidente al favorecer a las personas que tienen la capacidad para costear un servicio privado de salud. Sólo ellas pueden acceder a una experiencia placentera de su embarazo. Esto es más evidente cuando nos encontramos que existen gineco-obstetras que ofrecen el servicio de “parto humanizado”, que básicamente es un “paquete” que les genera mayores beneficios económicos para atender el parto de acuerdo con las recomendaciones internacionales. (Camacaro, 2010)

Y cuando las principales emociones utilizadas para describir el proceso de nacimiento de un/a hijo/a son “miedo”, “vulnerabilidad” y “estrés”, es notorio que existe un grave problema. Y cuando esto les sucede más a las mujeres que no tienen la

posibilidad de pagar servicios privados, el problema se ve como más grave, pues se trata de condiciones estructurales que vulneran a las mujeres y se materializan en la forma de violencias gravísimas, como las que se presentan en la siguiente sección.

III. Sobre las violencias vividas por las mujeres

Un preocupante hallazgo en la presente investigación es que las mujeres que participaron en ella sufrieron una enorme cantidad de formas de violencia durante el proceso de atención de su embarazo, durante su parto o cesárea y durante su estancia posterior en el hospital. Algunas son totalmente evidentes, principalmente cuando el personal de salud se comportó de una manera muy grosera al proferir regaños, amenazas o burlas; algunas otras se reflejan en las prácticas o procedimientos realizados o el modo de hacerlos, los cuales son sentidos por las mujeres como muy invasivos incómodos y dolorosos. También en esta forma de comportarse se presentaron diversas formas de maltrato físico, tanto a las mujeres como a sus bebés.

Existieron también otras formas que no resultan tan claras para las mujeres y tienen que ver en muchas ocasiones en que se ocultan en la manera rutinaria de actuar por parte del personal o en el reconocimiento social que tiene la medicina, que genera confianza en las mujeres de que “saben lo que hacen” o que “tienen que hacerlo de ese modo”, por lo que, aunque resulten incómodas, no son vividas como violencias.

Existe además una tercera forma de violencia que no depende directamente del personal, sino que se debe a las carencias institucionales que resultan en tratos inadecuados a las mujeres, como la falta de espacio o camillas disponibles que resultan en la negación de la atención o el regresar a las mujeres a sus casas; también la falta de insumos como ropa o sábanas para cubrir a los bebés y hasta comida para dar a las madres; falta de personal, que deviene en esperas muy prolongadas para recibir atención; falta de hospitales cercanos a la vivienda de las mujeres, entre otras.

Finalmente podemos mencionar una categoría más de violencia que deviene directamente de las anteriores y tiene que ver con la repetición constante de las mismas, al grado que la misma violencia es interiorizada, aceptada y hasta repetida por las mismas mujeres, la “violencia simbólica”. En esta categoría podemos ver el aceptar

el sometimiento al personal de salud por diversas razones, principalmente el miedo a no ser atendidas y poner en riesgo la vida de sus bebés; el interiorizar el discurso médico, usando sus mismos términos para describir su embarazo o sus sentires; y aceptar o desestimar las violencias al decir que todo “vale la pena” con tal de que sus bebés estén bien. A continuación expondré más a detalle cada una de estas categorías.

1. Violencias evidentes.

La figura 2 muestra los tipos de violencias que las mujeres indicaron directamente como tales. Como resulta evidente por las frecuencias indicadas en los números a la derecha de cada categoría, la violencia psicológica es la más frecuente de todas y en la mayor parte de los casos tienen que ver con una mala actitud por parte del personal, quienes trataron a las participantes de un modo grosero y efectuaron diversos tipos de acciones como el separarlas de sus bebés o ignorar sus decisiones que son claras violencias hacia ellas. Más claras, aunque menos frecuentes, fueron las violencias físicas hacia las participantes o sus bebés y un tercer tipo de violencia fue la explotación económica: que el médico buscó la mayor ganancia económica mediante la indicación de procedimientos innecesario.

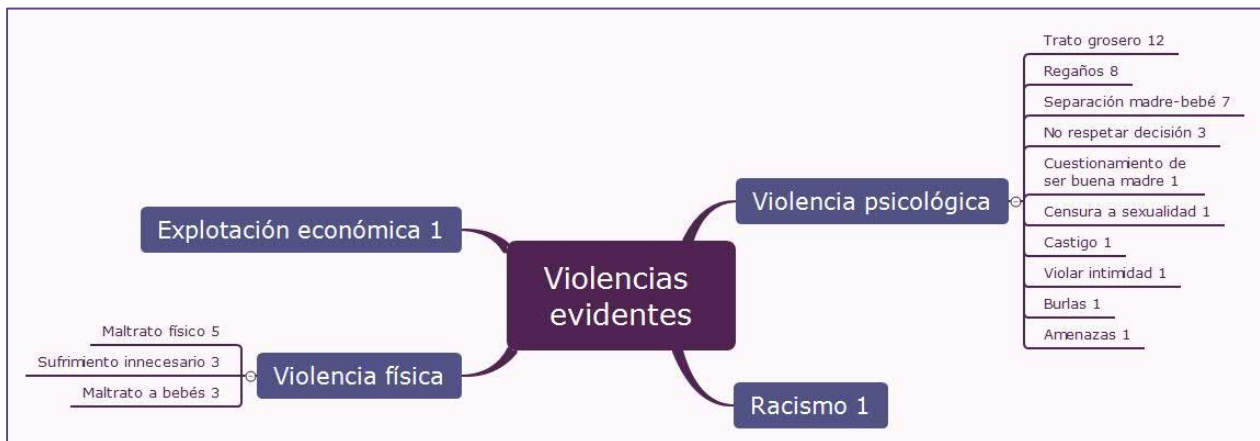


Figura 2. Violencias evidentes sufridas por las mujeres durante su proceso de atención en el hospital.

Dentro de las historias contadas por las participantes, ellas expresan la existencia de una gran cantidad de formas de violencia sufridas durante la atención de sus embarazos. La mayor parte de estas violencias son comunes en varios de los

testimonios, independientemente de la forma de la forma de obtención de la información (web o entrevistas) e independientemente del lugar de origen de las participantes. Y son comunes principalmente entre las mujeres que acudieron a servicios públicos de salud.

Este tipo de violencias pueden dividirse en dos subcategorías: aquellas referidas al trato por parte del personal y aquellas relacionadas con las prácticas realizadas.

1.1 Violencia psicológica

En este rubro, la forma de violencia referida con mayor frecuencia fue el recibir un trato grosero, apareciendo en los relatos de 12 de las participantes. Se trata de formas de dirigirse a las mujeres que reflejan una relación de poder muy evidente, en la que el personal de salud ejerce el poder y el saber y las mujeres solo han de someterse y aceptar sin preguntar y sin decidir. Así, por ejemplo, cuando una de las participantes preguntó al pediatra sobre cómo podría ayudar a su bebé que se encontraba en terapia intensiva, éste le respondió: **tú preocúpate por traerle música de cuna a tu hija y a mí déjame lo demás** (Participante 3, 33 años, BJ, CDMX, Licenciatura, Privada), indicando que se creía experto poseedor del saber y la mujer no tenía voz en lo relativo al tratamiento de su bebé. Esto resultó sumamente ofensivo para esta participante, quien menciona: **Eso me lleno el alma de odio**. Esta situación es similar a otra participante que mencionó que un médico le gritó y la **trataba como si fuera una tonta. Con gritos y sarcasmo** (Participante 4, 34 años, BJ, CDMX, Licenciatura, Privada).

Pareciera que dentro de la dinámica de los hospitales, las mujeres no están autorizadas a saber más de lo necesario, no tienen voz ni voto en las decisiones que se toman con respecto a su cuerpo o de sus bebés. No se les explica asumiendo que no entenderán, es decir, son tratadas “como tontas”. Además, el hecho de que estas dos experiencias sucedieron en un reconocido hospital privado (ambas en el mismo hospital) nos habla de que diversas condiciones interactúan para crear distintas situaciones de vulnerabilidad. En este caso, a pesar de que las mujeres tienen la facilidad económica para costear un servicio privado, lo cual las pone en una condición de ventaja en relación con aquellas que deben acudir a los servicios públicos, siguen ocupando un rol subordinado ante el médico, primero una condición de género, donde su voz como varón es más valiosa y además como médico es poseedor de un saber y

un poder sobre la mujer que ejerce el rol de “paciente”. Por ello, a pesar de que, en general, las participantes que acudieron a hospitales privados hablan de un mejor trato y una mejor experiencia, también ocurren violencias insertas en relaciones desiguales de poder.

Una última forma de violencia que se presentó en una entrevista es una forma propia de los hospitales privados. La participante expresa haber sufrido de explotación económica, pues considera que se le realizaron a su bebé más procedimientos y pruebas de los que eran necesarios y el médico en cuestión no explicaba con claridad por qué tenían que realizar cada procedimiento. Termina ella señalando que: ***a los bebés prematuros más allá de verlos como una vida que tienen que salvar porque para eso estudiaron. Los ven como una mina de oro para exprimir a los padres lo mas que puedan*** (Participante 3, 33 años, BJ, CDMX, Licenciatura, Privada).

En el mismo sentido, aunque no pretendo hacer una generalización y es una suposición arriesgada debido a que esta investigación no busca la representatividad, llama la atención que el porcentaje de cesáreas es considerablemente más alto entre las participantes que fueron atendidas en hospitales privados que entre aquellas que fueron atendidas en públicos. En el caso de los hospitales públicos, el 50.8% fue atendida por medio de una cesárea y el 49.2% tuvieron un parto. En cambio, entre las participantes atendidas en hospitales privados, el porcentaje de cesáreas fue de 80.6% frente a 19.4% de partos. Una posible explicación del elevado número de cesáreas que ocurren en los hospitales privados es que resulta más redituable económicamente para el o la obstetra realizar una cesárea que un parto, convirtiéndose en otra forma de explotación económica.

Aunque en los servicios privados pueden suceder este tipo de violencias, en la mayoría de los públicos la situación resulta más preocupante como fue en los casos de las participantes que se presentan a continuación.

No sólo son médicos y médicas quienes son identificados/as como perpetradores de la violencia, diversos miembros del personal son identificados/as como personas groseras, por ejemplo, las enfermeras. Una de las participantes se refiere a ellas de la siguiente manera: ***no tienen corazón, o sea, son muy frías. Sí son groseras.***

(Participante 6e, 21 años, SJR²², Qro., Licenciatura, Público: Ssa), pues demuestran molestia ante las peticiones de las mujeres, como en la siguiente interacción:

"Ash, le voy a pasar el cómodo, pero que sea la única vez, eh. Porque no puede estarla ahí pasándole el cómodo"[...]. Termina de hacer la señora del baño, dice: "ah, ya se mojó porque hizo mucha pipí y no hay ropa ¿eh? para cambiarla". La señora llegó un momento que no dijo nada, dice: "oiga, es que estoy incómoda ¿Me puede cambiar de cama?". "Pues es que eso hubiera hecho desde que llegó, señora", "pues es que cómo le voy a...", "pues es que le hubiera dicho al camillero, señora, que le cambiara cama" (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Esta molestia evidente ante las peticiones de las usuarias se vuelve aún mayor cuando existe alguna queja sobre su proceder, ante lo cual reaccionan de forma violenta:

Me iban a poner una inyección de hierro, pero es una técnica especial. Entonces para esto, bueno, me la estaban aplicando y yo le dije que me estaba lastimando [...]. Me dijo: "Ay, pues si quieres que te la ponga, si no, pues póntela" (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Carrera Técnica, Público: IMSS).

En otras ocasiones, este tipo de trato se expresa en forma de regaños que se dirigen a censurar a las mujeres, especialmente a acallar sus gritos mediante expresiones como: **me dijo que ya no me quejara, que ya sabía a lo que iba** (Participante 6, 29 años, Amealco, Qro., Secundaria, Público: Ssa), o **"ya cálese, ya deje de gritar"** (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: Ssa)

Aunque tal vez no sea enteramente culpa de las enfermeras, pues son sometidas a largas jornadas de trabajo en un ambiente sumamente estresante, de modo que es posible que también a ellas, como expresó una participante en la sección anterior, se les contagie **el miedo y la histeria** (Participante 1, 21 años, Querétaro, Qro,

²² San Juan del Río, Qro.

Preparatoria, Público: SSa). Una de las participantes reconoce que tales reacciones se pueden deber a la desesperación:

Las enfermeras que ya estaban desesperadas, yo creo, con las señoras, les decían: “a ver, ¿pues quién las mandó? Cómo cuando sí estaban haciendo el hijo ahí estaban bien puestas, pero ahorita que lo van a tener, ahora si les duele, ahora sí se quejan y gritan” (*Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa*)

No obstante, por el motivo que sea, no es justificable tratar de tal modo a otra persona, menos aun cuando son personas a las que les están brindando un servicio. Por otro lado, no se trata de culpar a la enfermera en específico que profiere esos regaños, es claro, sobre todo si nos enfocamos en lo que realmente expresan esas palabras, que la enfermera es sólo un canal de expresión de un discurso mucho más amplio, un discurso con un objetivo muy específico: censurar la sexualidad de las mujeres, haciendo alusión de manera irónica al acto sexual que llevó al embarazo. Esto resulta más evidente en el caso de las madres adolescentes, por ejemplo, a una participante que tenía 18 años al momento de su parto le dijeron: ***que si ya había metido la pata embarazándome tan chica pues que me aguantara [el dolor]*** (*Participante 32, 18 años, Edo Mex, Carrera técnica, Público*) o a otra participante, de 19 años, le dijeron cosas como: ***"aguántese", "para que abrió las patas", "tan chiquita y ya con hijo", "ni saben a lo que se meten, pero ahí van", "una niña, cuidado a otro niño", "no es nada, no se queje"*** (*Participante 52, 19 años, GAM, CDMX, Licenciatura, Privado*). Este tipo de expresiones buscan controlar la sexualidad, estableciendo que ciertas mujeres (las “menores de edad”) no tienen derecho a la sexualidad, que todas las mujeres no tienen derecho al placer y que la sexualidad es igual a reproducción, bajo dicho esquema. Y al mismo tiempo, al tratar y considerar a las madres adolescentes como “niñas”, al hablarles de un modo infantilizador, se reafirma la relación de poder.

Otro tipo de regaños reflejan un claro desconocimiento o despreocupación por el sentir de las mujeres, priorizando los tiempos hospitalarios o las obligaciones del trabajo a ese sentir. Ejemplos al respecto son la expresión de regaños porque no se “apuraban

a pujar”, cuando lo cierto era que **ya no podía pujar más debido al agotamiento** (Participante 17, 23 años, Edo Mex, Licenciatura, Público: IMSS); o regaños porque **no le quería dar pecho** a su bebé, cuando lo cierto era que no quería despertarle (Participante 30, 34 años, Tulancingo, Hgo, Carrera Técnica, Público: IMSS). Éste último hecho también apareció en varias ocasiones en las entrevistas de mujeres que fueron atendidas en un hospital del IMSS, pues al colocarse este hospital la categoría de “hospital amigo del niño y de la niña”, el personal es instado a fomentar la lactancia materna exclusiva. El problema viene cuando se obliga a las mujeres a amamantar a sus bebés y se les niega el uso de fórmulas lácteas. Se ve el amamantar a los bebés como señal de que se es una buena madre, pero aquellas que no desean hacerlo, o no lo hacen en el momento en que les es solicitado, son tachadas de malas madres al decirles, por ejemplo, que no quiere lo suficiente a su bebé:

"yo na' más la voy a orientar porque yo tengo mucho trabajo y yo no le puedo estar ayudando y no le puedo dar fórmula a su bebé, porque usted le, lo tiene que amamantar". (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Me dieron a mi bebé para que lo alimentara y la enfermera me... reclamó por el peso que tenía, y me dijo que no lo había cuidado bien [entre sollozos] [...], que tenía que querer más a mi bebé porque no había intentado darle de comer, pero el bebé estaba profundamente dormido y no quise despertarlo. (Participante 16h, 26 años, Iztacalco, CDMX, Licenciatura, Público, IMSS)

Desde luego que este tipo de prejuicios no son propios del personal de salud, sino que están presentes en muchas personas dentro de nuestro contexto y a nivel institucional. Son estereotipos de género que permean la ideología de nuestra sociedad, en este caso, que las mujeres no tienen derecho a sentir placer durante el acto sexual y su reducción a un rol como madres, pero sólo bajo un único modelo de maternidad, con características específicas. Las que se muestran aquí son que una madre *debe* amamantar a sus hijos/as y que no debe ser adolescente.

Además de los prejuicios y estereotipos relacionados con el género, existen igualmente otros estereotipos que demuestran el racismo que existe en nuestro

contexto. A una de las participantes, que vive en una pequeña localidad localizada al sur del estado de Querétaro (una región en donde hay diversas comunidades otomíes), al nacer su hijo le dijeron **que estaba muy feo porque estaba morenito. Y pues yo les digo, pues ¿cómo no va a estar moreno? Pues yo soy morena y mi esposo también ¿de dónde va a ser güero, verdad?** (Participante 7e, 23 años, Amealco, Qro, Primaria, Público: IMSS)

1.2 Violencia física.

En la sección anterior se relatan violencias que tienen más que ver con la actitud del personal y la forma de dirigirse hacia las usuarias, pero existen ocasiones en las que la violencia llega a ser física y totalmente evidentes, en forma de claras violaciones de los derechos y hasta la integridad de las mujeres y sus bebés. Se presentaron formas claras de violencia física, como el siguiente caso: **sentí sus manotas [del anesthesiólogo] sobre mi espalda tocandome con coraje** (Participante 4, 34 años, BJ, CDMX, Licenciatura, Privado). Es importante aclarar que esta violencia siguió a claras amenazas de ponerle anestesia general si no se **estaba en paz y controlaba [sus] nervios**. También llama la atención que esta es la violencia más clara que ocurrió entre las participantes que fueron atendidas en un hospital privado y ocurrió en la sala de quirófano, que es el único lugar en el que ellas están solas, pues cuando se trata de partos, una persona conocida sí puede estar con ellas (a diferencia de los hospitales públicos). Una vez que son aisladas las mujeres de sus familiares, se borran las diferencias entre público y privado y ellas pasan a ocupar un lugar de subordinación y vulnerabilidad frente al personal de salud.

Ocurrieron también otras violencias que, si bien tal vez no sean intencionales, sí se originan por el hecho de que las mujeres no son tratadas de forma cuidadosa:

Yo estaba así acostada y la, la mesa de la sala de expulsión estaba más arriba, yo estaba abajo y quedaba así mi brazo y dijeron “no, pues hay que bajar la mesa”. Cuando bajan la mesa, mi brazo quedó entre la camilla y la mesa, pues, la de la sala, y les dije que mi brazo estaba abajo, yo les grité que mi brazo estaba abajo, y la volvieron a subir, ahí estaban con un pedal subiendo la, la mesa. (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa)

Otro ejemplo de la falta de cuidado hacia las mujeres es por el trato que reciben por parte de los camilleros, quienes son descritos como **un poco bruscos [...], no tienen mucha delicadeza, o sea, como chocan las camas y eso** (Participante 6e, 21 años, SJR, Qro, Licenciatura, Público: SSa). Además de que no son muy sensibles al dolor de las mujeres, como en el siguiente ejemplo:

le dice el camillero: "gírese, madre. Apóyese con, con codos y talones", "oiga, pero es que no puedo, me duele". "No, es que yo no la voy a pasar, yo na' más la veo". Y así como pudo la señora se pasó a su cama. Le dice: "¿Me puede levantar la cama?", "Ay, es que no sirve m'hija" (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Por último, esta misma actitud por parte del personal no sólo se dirige a las mujeres, sino a sus bebés. Algunas mujeres refirieron que sus bebés fueron tratados/as de mala manera: **pasó una consultora de lactancia que me hizo enojarme de como agarro a mi bebé, muy brusca y como si estuviera enojada** (Participante 1, 21 años, Querétaro, Qro, Preparatoria, Público: SSa), además de expresar también comentarios groseros hacia la bebé, como **"no llores niña chillona"** (Participante 9, enfermera, Público, SSa)

Todas estas violencias son imposibles de ignorar e imposibles de no reconocer como violencias. Resulta sorprendente que estas situaciones ocurran de forma cotidiana en la atención de las mujeres en los hospitales públicos y privados y hacen de la experiencia del parto un proceso terrible. Existe una relación de poder que facilita que sucedan. Pero en ocasiones esta misma dinámica de poder permite que ocurran muchos otros tipos de violencias que no llegan a ser reconocidos del todo por las mujeres, pues se ocultan al presentarse como "rutinas" o "políticas del hospital", de manera que aunque resultan sumamente incómodas para las mujeres, terminan siendo aceptadas bajo la premisa de que son procedimientos necesarios. Éstas se presentan en la siguiente sección.

2. Violencias veladas.

Algunos tipos de violencia no fueron considerados directamente por las participantes como violentos. Pese a sentir incomodidad, son aceptados por ellas bajo la idea que se trata de procedimientos que se “tienen” que hacer o confiando que el personal “sabe lo que hace” (a estos tipos de violencias los agrupé bajo la categoría “Violencias veladas”, como se muestra en la figura 3). Pero en realidad, bajo estos supuestos se esconden una serie de violencias perpetradas por las mismas dinámicas institucionales, por procedimientos rutinarios que les son enseñados a realizar al personal durante su formación o por políticas de los hospitales que no consideran el sentir de las mujeres y terminan violentando sus derechos. Estos procedimientos rutinarios son descritos a las mujeres como “necesarios” y tal vez algunos de ellos lo sean, pero en la mayoría de los casos no es el procedimiento en sí el que violenta a la mujer, sino el modo de realizarlo (“violencias ¿necesarias?” en la figura 3). Pero existen otros tipos de violencias que resultan más obvios desde afuera, pero en ocasiones las participantes no los concibieron como tales justo por la poca o nula información que les es proporcionada, de modo que no saben cuando la realización de un procedimiento o la omisión de otro constituye en realidad una negligencia (Categorías “negligencia” y “desinformación”, en la figura 3). Una última categoría suma aspectos relacionados con la manera en como la biomedicina concibe a las mujeres y suma procedimientos y situaciones que dan cuenta de cómo el personal de salud no ve ciudadanas, sino objetos a intervenir (categoría “reificación”, en la figura 3). A continuación, se analizan más a detalle cada una de estas categorías.

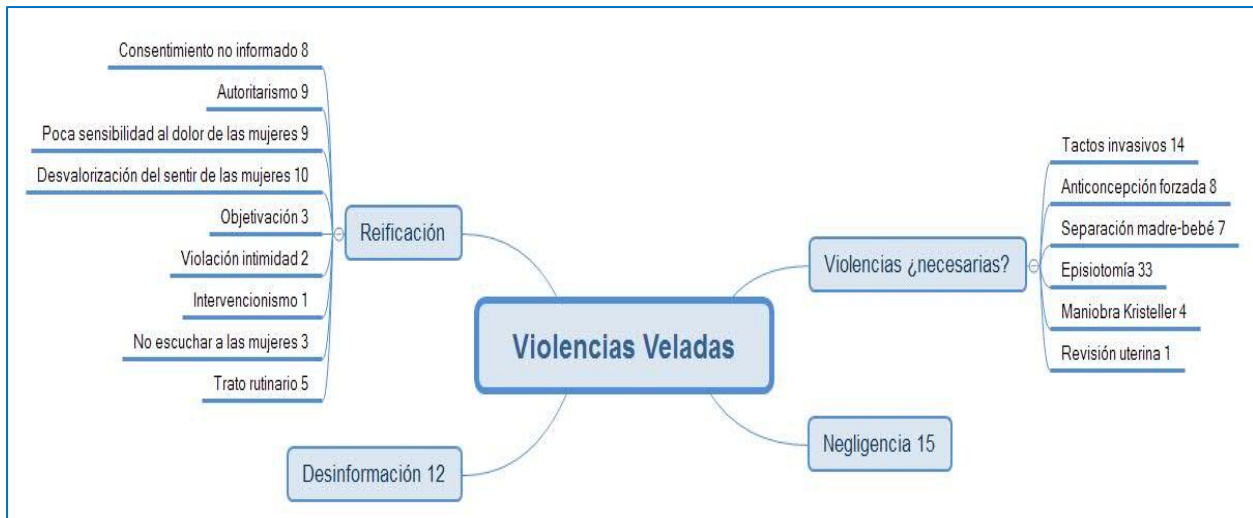


Figura 3. Violencias no evidentes para las participantes. Los números a la derecha señalan la cantidad de entrevistas en las cuales se aprecian este tipo de violencias.

2.1 Violencias ¿necesarias?

En este primer apartado se incluyen justamente esos procedimientos que son catalogados como necesarios y forman parte del trato rutinario de la atención del embarazo y el parto, pero como se hará evidente, llegaron a resultar sumamente violentos para las participantes.

Tactos invasivos

El procedimiento rutinario que aparece con mayor frecuencia en los discursos de las mujeres como generador de incomodidad son los tactos vaginales. Fue mencionada dentro de la entrevista por 14 participantes, sin embargo, al preguntarles directamente si varias personas habían realizado los tactos vaginales, respondieron afirmativamente 37 participantes. De acuerdo con la Guía de práctica clínica para el manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (CENETEC, 2014),

el profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención (p. 33).

No ponemos en duda aquí la pertinencia de la realización de este procedimiento, pero las participantes dan cuenta de que claramente esta normativa para la realización del mismo no está siendo respetada y mucho menos se respetó su dignidad y privacidad. En primer lugar, este tacto es realizado por demasiadas personas, por **cada doctor que había en el turno** (Participante 1e, 16 años, Lázaro Cárdenas, Mich, Secundaria, Público: IMSS) y con demasiada frecuencia: **cada media hora o cada hora, iban y, pues hacían el tacto para hacer la dilatación** (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa). Esto evidentemente es muy incómodo para las mujeres, pues **en cada cambio de turno son doctores nuevos, enfermeros diferentes y todo mundo quiere, quiere hacer el tacto** (Participante 2h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).

Peor aún, este es un procedimiento que es descrito como muy doloroso y esto empeora cuando es realizado por personal inexperto, básicamente estudiantes y residentes, al grado que llega a ser nocivo: **una vez, este, de que me hicieron tacto, yo no traía sangrado, con el tacto me provocaron sangrado** (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS). Y ante este dolor, contrario a lo indicado por la guía antes citada, el personal no ofrece apoyo y comprensión, todo lo contrario:

lo que no me gustó es, por ejemplo, te hacían el tacto. Entonces, pues al bebé, el bebé se movía, entonces te dolía, o sea, ella me lastimaba y al mismo tiempo yo/tú le decías: “es que se está moviendo, me duele” y te decían “no, espérese”, y te lastimaban. O sea, yo sí, o sea, a mí me estaba así con el tacto y yo sí le hacía así “no, ya [se da manazo en su antebrazo] suélteme, suélteme”, y él así de: “espérate” y lloraba yo más. (Participante 6e, 21 años, SRJ, Qro, Licenciatura, Público: IMSS)

Además, no respeta tampoco la decisión de la mujer, no se le pide permiso para realizarlo, se le “avisa”, o simplemente se le obliga, sin reparo alguno por su dignidad: **todo mundo va y realiza tacto sin piedad alguna solo dicen abra las piernas meten la mano y ya no dan ningun i informe nada eso es un acto d violencia e incomodidad** (Participante 9, enfermera, Público, SSa)

Las mujeres se sienten violentadas, incómodas, invadidas, pero en la mayoría de los casos terminan por aceptarlo por considerar que es un procedimiento necesario, algo que se tiene que hacer. Aunque en ocasiones sí muestran resistencias, como la participante previamente citada que da un manazo al médico para que se detenga, u otra participante que se negó a que cualquier estudiante o interno le realizara el tacto:

cuando los estudiantes, los internos, nos hacen el tacto, de que no saben y nos llegan a lastimar demasiado. Eso es lo molesto que si me ha... y sí, ahora sí yo sí les he dicho que no, que por ellos no me dejo hacer tacto (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Público: IMSS)

Anticoncepción forzada

Otra de las políticas que se han implantado en los hospitales del IMSS es una dirigida a la prevención de la muerte materna. Uno de los factores predictivos de muerte materna es un “periodo intergenésico corto”, es decir, que las mujeres que luego del nacimiento de su bebé vuelven a tener un embarazo en menos de un año tienen mayor riesgo de mortalidad materna. Para evitar esto, se implantó una política para procurar que todas las mujeres que fueran atendidas en el Instituto eligieran el uso de un método anticonceptivo durante su estancia en el hospital, para reducir ese riesgo de mortalidad (Observatorio de Mortalidad Materna, 2011)

Una vez más, no se pone en duda la utilidad de los métodos anticonceptivos para la disminución de la muerte materna, el problema surge cuando se deja de lado el hecho de que las mujeres tienen que elegir el método, de modo que se establecen mecanismos que terminan por forzar la decisión. Estadísticamente, el hospital cumple sus metas, pero las estadísticas no reflejan la manera en la que se vulneran los derechos de las mujeres.

Con el fin de que *todas* las mujeres elijan un método, se les reitera con frecuencia que tienen que firmar el consentimiento para la colocación del mismo y quienes se niegan a elegir alguno en ese momento, son objeto de regaños:

La doctora de turno [...] me comentó que si me iba a operar la matriz para ya no tener bebés a lo cual le contesté que no, y muy molesta me contesto que por qué no me iba a operar que en poco tiempo iba a regresar por otro embarazo que

por eso ellos tienen mucho trabajo (Participante 17, 23 años, Edo Mex, Licenciatura, Público: IMSS).

Y cuando la prioridad para “recomendar” el uso de algún método es para que ellas tengan menos trabajo, evidentemente la opinión de las mujeres no es considerada. Como un ejemplo más claro, en el caso de la siguiente participante no es prioritaria la anticoncepción, pues ella menciona que “sabe cómo cuidarse”; la prioridad son sus estadísticas, que todas las mujeres salgan del hospital con algún método:

Pasan las jefas de enfermería de los diferentes turnos, pero no para preguntarte cómo te han atendido, cómo te sientes, no, lo primero que te dicen es: "¿y qué método anticonceptivo va a querer? [...]. Y yo: "no, ninguno", "¿cómo de que ninguno?", "No. Tengo tantos años de casada, yo me sé cuidar y no he salido embarazada, hasta ahorita". "No, usted se tiene que ir con uno". A fuerza y aferrada, necia, con que te tenías que poner uno [suspiro]. [...] Todo el tiempo que pasaban las fregadas jefas era: "método anticonceptivo ¿Y qué anticonceptivo? ¿Y qué anticonceptivo?". Y así te fregaban y te regañaban y te decían ¿no? hasta que tú les dijeras uno (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

El personal llega al grado de amenazar a las mujeres de que no pueden abandonar el hospital a menos que “se hayan puesto” un método anticonceptivo (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS) o que **ya era decisión mía si quería volver a estar aquí en un año** (Participante 2h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS). El trato por parte de las personas encargadas de forzar el uso de algún método es particularmente violento, al grado que las mujeres simplemente terminan cediendo para evitar más regaños, como en el siguiente caso:

Ahorita me lo van a poner [el método anticonceptivo] [...] ya es de a fuerzas [...]. Me enojé porque yo no había dicho que sí, de hecho, había dicho que sí me iba a operar, pero ya en el momento del parto el doctor que atendió mi parto dijo: "es

que sufres mucho con, si ahorita se te hace la operación, ¿por qué? porque eres hipertensa y eso te va a provocar más dolor y vas a sufrir más y va a estar más, más lento tu, tu evolución —dice— yo te recomiendo que no lo hagas, y además estás muy chica. Le dije: "no pues sí". [...] Me pongo el DIU y ya después me lo quito para poderme hacer otra vez la operación (Participante 5h, 26 años, Venustiano Carranza, CDMX, Preparatoria, público: IMSS).

En el caso de esta participante, la única razón para elegir un método anticonceptivo fue para evitar más visitas de la enfermera de planificación familiar que constantemente la coercionaba para que se colocara un DIU²³, a pesar de que ella ya había decidido que deseaba que le hicieran la operación²⁴. Además, el médico expresó varias razones por las cuales no le recomendaba hacerse la cirugía, entre las cuales incluía “estás muy chica” (la participante tiene 26 años). Se trata de una negación total de la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos. Se decide cuántos/as hijos/as deben tener, hasta qué edad deben tenerles, incluso cada cuanto tiempo. Un control total en el cual la opinión de las mujeres es la menos importante, al grado que hay casos en los que ya ni siquiera es necesario forzar la decisión, sino que el personal obliga de una manera totalmente autoritaria la colocación del método:

la que me dio de alta me dijo, no este, dice: "ya te vas a ir de alta, dice, pero te vas con un, con un DIU, te lo vamos a poner, o sea, ni siquiera me preguntó [...] y dije: "ah bueno, está bien. Y la otra enfermera me estaba insiste y insiste que me pusiera el DIU (Participante 13h, 29 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).

Separación madre-hijo/a

Otra de las situaciones que resultan violentas para las mujeres y que ocurren de rutina en el hospital es que las separen de sus bebés. En la segunda etapa de la investigación, durante la realización de las entrevistas en el hospital, varias de las mujeres que participaron aún no habían visto a sus bebés. Comprendo que algunas

²³ Dispositivo Intrauterino.

²⁴ Oclusión tubaria bilateral u OTB.

situaciones como enfermedades de los bebés o complicaciones a la hora del nacimiento obligan a que los/as bebés deban recibir tratamiento especial y no puedan estar con su madre, pero una vez más, no se trata del procedimiento en sí, sino de la manera en como éste es ejecutado y cómo esto repercute en las madres, que se confiesan llenas de temor, incertidumbre y tristeza al no saber nada de sus hijos/as durante las primeras horas e incluso días después de su nacimiento.

Los efectos de la desinformación son claros en una de las participantes, quien comparte: ***después en recuperación tardaron mucho tiempo en llevarme a mi bebe nadie me decía nada estaba preocupada pensando que algo podía haberle pasado a mi bebe*** (Participante 9, Edo Mex, enfermera, Público: SSa).

Las mujeres pasan horas sin conocer a sus bebés dado que son separados de manera rutinaria al nacer: ***apenas me dejaron verlo un [p]ar de segundos. ni siquiera tocarlo y se lo llevaron mientras me cosían. estuve ahí mucho tiempo*** (Participante 71, 24 años, Amealco, Qro, Preparatoria, Público: SSa). Puede ser comprensible la separación cuando existe una condición que pone en riesgo la vida del/la bebé o de la madre, pero existen otros motivos por los cuales también ocurre la separación, por ejemplo, ***porque estaban, este, muy ocupadas las enfermeras de allá abajo y ya nos dejaron [...]. Hasta que subimos [al área de hospitalización], estuvimos en contacto el bebé*** (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS).

La separación llega a ser sumamente angustiante para las madres, pues algunas participantes pasaron hasta seis días (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS) u ocho días (Participante 20, 35 años, CDMX, licenciatura, Público: IMSS) hasta que vieron por primera vez a sus bebés, siendo más angustiante por la poca o nula información que tienen sobre ellos/as y en el caso de la participante 8e ésta limitada información no llegó en ningún momento de parte del personal, sino de sus familiares que sí podían ver a su hijo.

Kristeller-Episiotomía-Revisión uterina

Las técnicas conocidas como maniobra Kristeller, episiotomía y revisión uterina han sido frecuentemente mencionadas en investigaciones previas citadas en capítulos anteriores como algunos de los procedimientos que constituyen VGO al realizarse con mucha mayor frecuencia de la recomendada. Esta investigación no es la excepción en ese aspecto, y además de la gran frecuencia con que son realizadas, fue evidente en las participaciones de las mujeres el poco cuidado con que son realizadas, con un obvio desprecio de cómo ellas se sienten durante el proceso. Partiré de un ejemplo muy claro en el que las tres acciones están presentes:

cuando me paso a quirófano presionaba mi pancita a la altura del estomago empujando así a mi bebé para q saliera o que se yo...acto seguido tomo el bisturí y me rasgo argumentando que el bebé no podía salir fácilmente y tenía que ayudarlo así, cuando mi bebé salio y ya habiendo cortado el cordón umbilical tomo un puño de gasas e introdujo su mano llena de gasas y empezó a limpiar el útero yo solo veía como se movía y me zangoloteaba con cada movimiento que hacia al limpiarme, termino cosiendo la rasgadura q de echo yo sentí que fueron unos puntos demasiado mal hechos (a comparación de mis otros 2 partos posteriores) pues sentía como si trajera algo muy justo y me rozaba a cada paso. este proceso fue el mas traumático q he experimentado (Participante 44, 22 años, GAM, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS)

Además del nulo cuidado para realizar los procedimientos, en ningún momento quien los realizó explicó qué haría y por qué, en ningún momento pidió la autorización de la participante ni la tomó en consideración. Resulta alarmante la despersonalización con la que fueron realizados los procedimientos, la reificación a la cual fue sujeta la participante, pues la “limpieza” debió haberse realizado con mucha fuerza para “zangolotearla”, lo cual refleja una despreocupación total por el dolor que pudiera estar causando.

En relación con la maniobra Kristeller sucedió en la investigación algo interesante. La guía de práctica clínica del IMSS indica que “por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres

perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller (Cenetec, 2014, p. 46), sin embargo, se realizó a varias de las mujeres que participaron en esta investigación (21 participantes). Lo interesante es que en la mayoría de los casos esta maniobra es vista por las mujeres como una “ayuda”, puesto que gracias a ella su bebé “sale” más rápidamente: ***se me complicó bastante y un doctor me ayudó ahora sí que a, a pujar, bueno a sacarlo [...]. Me tuvieron que apretar ahora sí que la panza pa' que bajara*** (Participante 9h, 22 años, Edo Mex, Preparatoria, Público: IMSS).

Por lo tanto, parece que esta maniobra es totalmente aceptada y agradecida: ***me pareció bien, porque sí, yo sentía que sola no, o sea presionando yo, este no, no hubiera salido. [...] La que trajo a mi hija a luz, como que no, no me ayudó, me ayudó la que me presionó el estómago*** (Participante 6h, 21 años, Cd Nezahualcóyotl, Edo Mex, Licenciatura, Público: IMSS).

El problema aquí es que esta maniobra está contraindicada por las normativas nacionales e internacionales porque pone en riesgo la integridad del periné. El hecho de que las mujeres la sientan como una ayuda obedece a todo el proceso previo, el modo de atención del parto hace que el proceso sea sumamente lento, lo cual provoca el agotamiento de las mujeres por lo que a la hora del periodo expulsivo no tienen ya fuerzas para pujar y requieren “ayuda”. Se trata de una justificación circular en la que un procedimiento (prohibido) lleva y hace necesario otro. En el caso de la atención del parto en el hospital en que realicé las entrevistas, a todas las mujeres se les colocó una venoclisis, este hecho impide que puedan deambular libremente y son obligadas a permanecer acostadas en las camillas, esto a su vez provoca que el progreso del parto sea más lento, pues la presión ejercida por el útero va en contra de la gravedad. El proceso se alarga por horas, lo que provoca el agotamiento de las mujeres y al no progresar tan rápido hace necesario que se les aplique oxitocina para incrementar las contracciones, aunque son también más dolorosas. Finalmente, cuando se alcanzan los 10cm de dilatación del cuello del útero y las mujeres son pasadas a la sala de expulsión, están totalmente agotadas. Aunado a ello, la atención del parto es también en una mesa horizontal, por lo que tienen que hacer mucho más esfuerzo para pujar que si fuera atendido de modo vertical. Sumados estos factores hacen necesario que

alguien del personal presione el abdomen para empujar al/la bebé, pese al riesgo que esta maniobra significa para el periné.

Pero la integridad del periné está lejos de ser prioridad para el personal, esto lo atestigua el elevado número de episiotomías que se suelen realizar, pues de las 18 entrevistas realizadas en el hospital, 6 de las mujeres tuvieron a sus bebés por medio de parto y a *todas* ellas les realizaron la episiotomía. Del resto de las participantes, 27 mencionaron que les realizaron este procedimiento.

2.2. Reificación de las mujeres.

Tan alarmante como la realización desmesurada de estos procedimientos mencionados, resulta el autoritarismo con que se decide su realización, pues en ningún momento se pide autorización para ejecutarlos: ***lo unico que si es terriblemente doloroso es cuando te rasgan y la recuperacion es horrible, creo que para eso deberian pedir autorización*** (Participante 58, 17 años, Iztapalapa, CDMX, Secundaria, Público: IMSS). En realidad, para cualquier procedimiento deberían pedir autorización, pero las mujeres no son consideradas ciudadanas, son vistas como cosas, por lo cual no resulta relevante o necesario hacerlo. De hecho, los consentimientos informados son mera burocracia, lo único que importa es conseguir la firma, no proporcionar la información y existen muy pocos procedimientos por los cuales se *hace* firmar un consentimiento "informado": ***Solamente el de anestesia, fue el único consentimiento informado que yo firmé.*** (Participante 8, 26 años, Huejutla, Hgo, Licenciatura, Público: IMSS).

Llama la atención además, que en muchas ocasiones la firma recabada ni siquiera es la de la mujer, sino que deben buscar a algún familiar para que firme el consentimiento, esto sucedió particularmente en el caso de las cesáreas. Una vez más, la decisión de la mujer en quien se realizarán los procedimientos es la menos importante, entonces tiene que someterse a decisiones de terceras personas, aun cuando vayan en contra de las suyas, por ejemplo, el caso de una de las participantes que tenía 16 años al momento de su parto, su madre no quiso autorizar la realización de una cesárea:

como era menor de edad, eh, pues que también mi mamá tenía que autorizar y ella no autorizaba eso, nunca, el parto por cesárea, aja. Que no, que porque, eh, tenía mucho tabús en esos tiempos, que no, que ya no quedaba uno bien, que ¿cómo? Lo tenía uno que tener, este, parto normal (Participante 1e, 16 años, Lázaro Cárdenas, Mich, Secundaria, Público: IMSS).

Aunque en el caso de otra participante, de 23 años, tampoco fue ella la que firmó el consentimiento: ***decidí que me operaran, salio a que mis familiares a que firmaran la orden y me llevaron a quirófano*** (Participante 60, 23 años, BJ, CDMX, Licenciatura, Público: SSa). Por lo que el ser menor de edad no es el único motivo, sino que realmente la voz de las mujeres dentro del hospital no es válida.

La reificación de la mujer llega a un mayor grado todavía cuando vemos que en muchas de las participantes la realización de la episiotomía, así como su sutura se realizó sin anestesia o con anestesia insuficiente y cuando se quejaban al respecto sólo obtenían como respuesta el decirles que ***era necesario que [se] aguantara*** (Participante 17, 23 años, Edo Mex, Licenciatura, Público: IMSS) o que ***ya mero terminaban*** (Participante 32, 18 años, Edo Mex, Carrera técnica, Público).

Esto nos muestra una vez más lo invisible que son las mujeres en el proceso, aun cuando todo el proceso es acerca de ellas, pero ellas son vistas solamente como cuerpos, o como herramientas de enseñanza para los/as practicantes, como el caso de la participante 42 (27 años, Miguel Hidalgo, CDMX, Posgrado, Público: ISSSTE): ***Lo que no me pareció fue que durante la cirugía hiciera comentarios con los residentes , de algunas alteraciones en mi anatomía, llegue a pensar que algo tenía mal y me iba complicar.***

Hablar de ellas como si no estuvieran presentes, como si no escucharan, como si fueran objetos, como si no sintieran. Esta insensibilidad a su dolor se manifiesta de más formas aparte del no uso de anestesia, sino en la nula consideración de los dolores de las contracciones al momento de atenderlas, por ejemplo, el llenarlas de preguntas al entrar a la sala, cuando están sintiendo mucho dolor, pudiendo realizar esas preguntas en otro momento: ***el residente me hacía preguntas para llenar la historia clínica, pero lo que más quieres que ya nazca el bebé y las preguntas para ese momento***

están demás (Participante 11, 22 años, Chalco, CDMX, Carrera técnica, Público, SSa).
Pues en ese momento yo, pues a duras penas me acordaba yo creo de mi nombre y me seguían preguntando (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa).

2.3. Saberes sometidos.

Ya se han presentado algunos ejemplos en los que queda patente que la voz de las mujeres no se escucha dentro de los hospitales. En tanto mujeres, en tanto pacientes y en tanto poseedoras de un saber no científico²⁵, sus voces acerca de lo que sienten, de lo que creen que pasa en su cuerpo no son consideradas válidas, por lo que no se toman acciones hasta que alguien del personal de salud observa y confirma que algo está pasando. Esto lleva a situaciones complicadas que pudieron evitarse si se hubiera escuchado a las mujeres, por ejemplo, casos en los que ellas sienten que su bebé ya está naciendo, pero no les creen y tienen que insistir hasta que alguien las revise y confirme lo que han dicho varias veces y hasta entonces se toman acciones:

empecé a sentir que ya iba a nacer; el problema fue que no me creían porque dilate muy rápido (soy primeriza y eso normalmente no pasa) entonces tuve que pedir varias veces que me atendieran y cuando una doctora se dio cuenta de que ya venía mi nena, me llevaron rápido a la sala de expulsión (Participante 1, 21 años, Querétaro, Qro, Preparatoria, Público: SSa).

Sentí que mi niño ya estaba "saliendo" la doctora no me quería atender y me altere, después me reviso y en efecto mi niño ya estaba naciendo (Participante 39, 17 años, Puebla, Preparatoria, Público).

También sucede que las mujeres ya fueron diagnosticadas un hospital y referidas a otro por diversas razones, y en el nuevo hospital deben ser sometidas

²⁵ Estas tres características son las comunes a la mayoría de las participantes, sin embargo, no son las únicas que hacen de sus voces saberes sometidos. Como queda claro en algunos casos específicos, existen más condiciones que aportan a ese fenómeno, como el vivir en una localidad marginada, tener la piel morena, tener pocos recursos económicos, ser atendida en un hospital público, ser adolescente, entre muchos otros que se configuran y constituyen entre sí para generar una situación particular de opresión.

nuevamente a todo un procedimiento para realizar el mismo diagnóstico que la mujer había reportado, perdiendo tiempo valioso: **yo ya sabia que mi bb benia sentado que no podria. Nacer por parto les comentaba a los medicos y solo me ignoraban es nefasta la atención en el seguro.** (Participante 63, 29 años, Cd Nezahualcóyotl, Edo Mex, Carrera técnica, Público: IMSS)

Este ignorar a las mujeres llega a grados absurdos cuando ni siquiera creen que está embarazada: **me mandaron hacer laboratorios para ver si realmente estaba embarazada y yo les mentía, porque les llevé, hasta eso, el ultrasonido de "no te creo"** (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

Como mencioné anteriormente, varias condiciones se interrelacionan generando una configuración particular en cada caso, que en ocasiones resulta contradictoria, pues algunas condiciones colocan a las mujeres en una posición de sometimiento mientras que otras resultan ventajosas, pero la misma condición puede resultar en unos casos una ventaja y en otros una desventaja. Como ejemplo, el hecho de hablar el lenguaje científico de la medicina, como en el caso de participantes que son también profesionales de la salud, hace que el trato hacia ellas cambie sobremanera, como una participante que es enfermera y cuando el personal que la atendía se enteró de eso, el trato hacia ella **mejoró, ya como que hacían las cosas con cuidado.** (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS). Como que se abre un canal de comunicación ya que están **hablando el mismo idioma** (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS) y ahora sí están ellas autorizadas a recibir información sobre su tratamiento.

Sin embargo, esta puede ser un arma de dos filos, pues por el otro lado, al ser enfermeras deben aceptar que la manera de actuar de personal es la correcta, que lo que dicen los/as médicos/as es la verdad:

le digo: "¿sabe qué? soy enfermera". No, pues peor, ¿pa' qué le digo? que soy enfermera. Me dice: "tú como enfermera pues sabes muy bien todo lo que te puede pasar y yo no te voy a dar de alta". [...] "Yo no te tengo amarrada aquí —me dice—, si quieres, vete. Pide tu alta voluntaria, ya sabes cómo debes de hacer el

proceso ¿eres enfermera, no?". (Participante 8e, 31 años, Tecámac, Edo Mex, enfermera, Público: IMSS).

2.4. Negligencia.

Debido a que gran cantidad de los hospitales públicos funcionan como hospitales-escuela, se encuentran en ellos una gran cantidad de practicantes. Dejando de lado la necesidad de que los hospitales funcionen de esa manera para la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud, el hecho puede resultar muy problemático para las mujeres que son atendidas en esos lugares, pues la atención es brindada por personas sin experiencia que llegan a cometer errores que perjudican su salud y bienestar.

Por ejemplo, al ser hospitales-escuela, en muchas ocasiones la prioridad de los/as obstetras es enseñar a los/as residentes, lo cual puede generar descuidos como los narrados por esta participante:

cuando nacio m[i] bebe sentí una gran felicidad aunque fue poco tiempo porque posteriormente me sedaron por una negligencia medica ya que el medico ginecólogo estaba explicando a su residente mientras involuciono mi utero y no sacaron la placenta entonces tuvieron que sedarme y hacerme episiotomia para poder sacar la placenta (Participante 9, Edo Mex, enfermera, Público: SSa).

Por otro lado, es comprensible que los/as estudiantes aún no hayan desarrollado las habilidades necesarias para hacer las cosas de manera correcta, pero las mujeres no son modelos anatómicos para que practiquen, son personas a las que les duelen sus errores, sobre todo si estos son demasiados: **me colocaron en más de seis intentos la sonda urinaria es lo peor que pude haber sentido** (Participante 10, 29 años, Monterrey, NL, Posgrado, Privado); y: **cuando me ingresaron para canalizarme me dieron tres piquetes ya que no lograban colocarme el suero** (Participante 11, 22 años, Chalco, Edo Mex, Carrera Técnica, Público: SSa). Parecería lógico que si no se puede hacer el procedimiento, pidieran ayuda e intentarlo en otra ocasión, pero no aceptan sus errores y siguen intentado y siguen violentando a las mujeres:

estuve ahí mucho tiempo. no se cuanto pero el residente no podía coserme, algo decía de que se le abrían los puntos. tuvieron que llamar a un doctor que me cosió aunque ya casi se había pasado el efecto de la anestesia (Participante 71, 24 años, Amealco, Qro, Preparatoria, Público: SSa).

Aunque no solo hay una falta de habilidades, sino también de conocimientos, sobre todo conocimientos de ginecología y no sólo entre los/as estudiantes, sino además en los/as médicos/as de las unidades en donde se realiza el “control prenatal”: ***En mi clínica la verdad mi médico no sabe de ginecología, porque le preguntaba de varias y cosas y no, dudaba y me decía: "pues si eso te dijeron en la gineco, pues así y así"*** (Participante 14t). Es hasta que acuden al hospital de especialidad que se sienten bien atendidas.

Existe otro aspecto que no tiene que ver con la falta de habilidades y conocimientos, sino que el personal actúa de forma negligente al descuidar su deber hacia las pacientes. Esto ocurre principalmente en el turno nocturno, cuando el personal abandona sus labores para ir a dormir: ***se hizo de noche y la enfermera le cerro a la solucion para poder irse a dormir y me dejo sola y yo tenia con mucho dolor (Participante 18). El cuidado de los enfermeros nocturnos era mínimo, pues sólo se reunían y dormían y por ello tardaban mucho en acudir cuando los necesitabamos*** (Participante 62, 25 años, Coyoacán, CDMX, Licenciatura, Público: IMSS).

3. Violencias institucionales.

En los relatos de las participantes, también son muy comunes algunas formas de violencias que no dependen directamente del personal, se trata de carencias institucionales que impiden una atención adecuada de las mujeres, principalmente por las políticas del hospital que provocan una mala experiencia en la atención, como el hecho de aislarlas de sus familiares; y también por la falta de recursos, tanto humanos como materiales, necesarios para una atención digna del proceso. Otro tipo de violencias institucionales se ven en la burocracia que lleva en ocasiones a la negación de un servicio, el hecho de cobrar aun cuando se trate de un hospital público y las

jerarquías inamovibles dentro de los hospitales, que los hacen funcionar de modo autoritario. Esto se ilustra en la figura 4 y se explica más a detalle a continuación.



Figura 4. Violencias institucionales sufridas por las participantes. Los números a la derecha corresponden al número de participantes que refieren cada una.

3.1 Reclusión/Aislamiento.

Dentro de las políticas de los hospitales públicos, existe una reglamentación que consiste en aislar a las mujeres de sus familiares. En cuanto ellas llegan a determinados centímetros de dilatación, son ingresadas al hospital y separadas de sus familiares que han de permanecer en la sala de espera. Esto ocurre de una forma autoritaria, lo cual queda manifiesto en la manera de expresarlo de las mujeres: ***me dijeron que ya estaba en trabajo de parto, así que ya no me dejaron irme (Participante 1); me canalizaron y me pusieron en una camilla en la cual no me dejaban levantarme ni para ir al baño (Participante 17, 23 años, Edo Mex, Licenciatura Público: IMSS); en el momento que yo pasé a urgencias, me dijeron que era sola (Participante 7h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Secundaria, Público, IMSS); me tenían bien vigilada (Participante 7, 22 años, Álvaro Obregón, CDMX, Posgrado, Público: IMSS).***

Parece verse que los hospitales funcionan bajo una lógica carcelaria en la que el personal ha de controlar cada situación que ahí ocurre. Expresiones como “me tenían bien vigilada” o “no me dejaron irme”, dan cuenta de esta lógica. El aislar a las mujeres y separarlas de sus familiares viene bien para los procesos posteriores, pues al sentirse las mujeres totalmente solas en medio de todo el personal es más difícil que reclamen, más fácil que se sometan y acepten todo procedimiento sin cuestionar. Parece ser que

ya es bien sabido por las mujeres que serán aisladas, que les es dicho desde antes de que vaya a terminar el embarazo, ya sea por el mismo personal o por otras mujeres que han tenido que pasar por lo mismo, al grado que ya ni siquiera expresan su deseo de ser acompañadas por alguien: **no solicité que pasaran. Como nunca vi/he visto que pase un familiar adentro** (Participante 2h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS). Aunque en otros casos esta normativa resulta incomprensible:

pedí en la noche hablar con mi esposo, cosa que no me dejaban y tuve que insistir y explicarles que quería saber de mi niño [...]. Lo dejaron entrar solo unos pocos minutos. me llevaron con la camilla a una de las puertas de entrada a la sala. y después fueron por mi por que no podía estar ahí, algo que no entiendo (Participante 71, 24 años, Amealco, Qro, Preparatoria, Público: SSa).

Realmente este aislamiento el proceso aún más difícil y desagradable, pues

es desesperante estar sola, sin nadie con quien hablar, siin saber nada del exterior, sin podernos ni levantar o distraer con algo para no estar solo pensando en el dolo[r], o como yo, preocupada por no saber nada de mi hijo mayor. Dónde como o con quién estaba (Participante 71).

Las mujeres reconocen esta política como innecesaria y que les afecta, pues el proceso se hace más **difícil [porque] necesitaba el apoyo de un familiar** (Participante 30, 34 años, Tulancingo, Hgo, Carrera técnica, Público: IMSS). Por lo que **estaría súper bien que dejaran pasar a alguien. Como que una se siente más valiente con alguien** (Participante 8h, 34 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).

Más aún, este aislamiento se continúa por días, pues incluso después del parto las mujeres continúan solas, únicamente pudiendo ver a sus familiares una vez al día, durante el horario de visita (que dura aproximadamente dos horas) (Participante 10h).

Es importante mencionar que este aislamiento únicamente ocurre en hospitales públicos, pues las participantes que fueron atendidas en servicios privados sí estuvieron con algún familiar todo el tiempo. Este simple hecho se refleja en experiencias diametralmente opuestas: **en ese momento entra conmigo mi pareja y permanece**

junto a mí hasta finalizar el parto (Participante 68, Preparatoria, Privado [no compartió más datos]); **siempre estuvo a mi lado mi esposo en ningún momento me dejo sola** (Participante 13, 33 años, CDMX, Preparatoria, Privado); **Ya que todo termino salimos al cuarto en donde estaba mi familia y todos se pusieron muy felices de vernos y conocer a la nueva integrante de la familia** (Participante 56, 21 años, Actopan, Hgo, Carrera técnica, Privado).

El sólo hecho de que una persona conocida acompañe a las mujeres durante el proceso cambia por completo el modo de vivir el parto. En los hospitales públicos el argumento para no dejar ingresar a alguien es por la falta de espacio, sin embargo, esto se hace inclusive en los casos en los que hay muy pocas usuarias para ser atendidas (Participante 10h, 26 años, Venustiano Carranza, CDMX, Preparatoria, *Público: IMSS*). Lo que deja ver que existe una razón oculta y no es difícil pensar que si la mujer no estuviera totalmente aislada en medio de todo el personal de salud, sería más difícil que se sometiera a las órdenes y mandatos.

3.2. Falta de recursos.

La falta de recursos en los hospitales públicos resulta mayor en hospitales que no se encuentran en la Ciudad de México. El desabasto de medicamentos muchas veces no es evidente a las mujeres, pero una queja presente en dos de las participantes (ambas del estado de Querétaro) fue que les “entregaron” a sus bebés envueltos únicamente **en una sabanita** (Participante 71, 24 años, Amealco, Qro, Preparatoria, *Público: SSa*), **ni una cobijita o una sabana que o algo para cubrirlo** (Participante 6, 29 años, Amealco, Qro, Secundaria, *Público: SSa*). No queda claro si se trata de un desabasto de material o una política del hospital que sólo deban cubrirse con eso, aunque cuando sí queda claro el desabasto es un caso en el que la participante “**no alcanzó**” comida y únicamente consumió **un sándwich en todo el día** (Participante 9, Edo Mex, enfermera, *Público: SSa*).

En este mismo rubro se puede incluir la falta de espacio que también provoca el retraso o la negación de la atención hacia las mujeres. La falta de camas es también una constante ante la sobresaturación de los servicios públicos y termina en situaciones en las que tienen que esperar por horas para poder ser recibidas en el hospital (Participante 6, 29 años, Amealco, Qro, Secundaria, *Público: SSa*); o por días para

obtener una cita para algún procedimiento (Participante 62, 25 años, Coyoacán, CDMX, Licenciatura, público: IMSS).

Ante la falta de espacio, también es común que regresen a las mujeres a sus casas hasta que tengan la dilatación necesaria para ser ingresadas al hospital. Algunas de las participantes narran haber sido regresadas en varias ocasiones a sus casas, pero ellas vuelven al hospital debido al intenso dolor que sienten sólo para ser nuevamente rechazadas por no tener aún la dilatación “necesaria” (Participante 11, 22 años, Chalco, EdoMex, Carrera Técnica, Público: SSA)

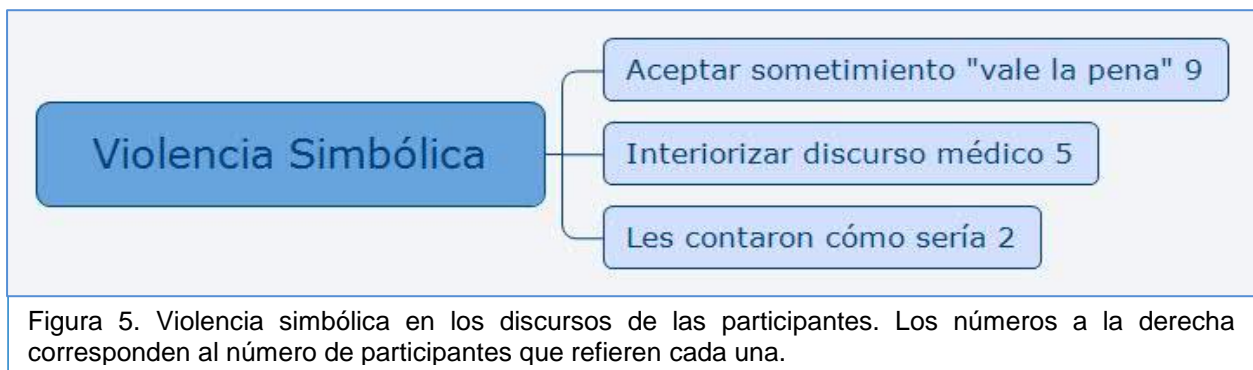
Incluso, las mujeres son instadas a no regresar y buscar otro hospital: ***me dijo que regresará en cuatro o seis horas y si podía ir a otro hospital mejor por que ya no habían camas disponibles*** (Participante 11, 22 años, Chalco, EdoMex, Carrera Técnica, Público: SSA). Pero al buscar otro hospital se repite la historia y deben buscar otro hospital más: ***me trasladaron a pachuca al obstetrico y me dijeron que [n]o había lugar y de ahí me mandaron al gral de pachuca*** (Participante 57, 21 años, Actopan, Hgo, Carrera técnica, Público, SSA). Este rechazo y la búsqueda de hospitales se vuelve un verdadero éxodo, por ejemplo, en el caso de una participante de la sierra norte del estado de Puebla, que tuvo que realizar un viaje de tres horas y media para llegar al siguiente hospital (Participante 43, 20 años, Puebla, Preparatorio, Público).

Los casos anteriores hablan sobre los recursos materiales, pero también se presenta muchas veces una escasez de personal. Tres de las participantes señalan la falta de médicos/as de guardia como un verdadero problema, pues se retrasa la atención necesaria y en ocasiones hasta es negada: ***llegó una muchacha que venía de un materno infantil y tenía ocho centímetros de dilatación y no la habían atendido por que no había ginecólogo*** (Participante 11, 22 años, Chalco, EdoMex, Carrera técnica, Público: SSA). Esto ocurre principalmente en fines de semana o en el turno nocturno (Participante 40, 18 años, Iztacalco, CDMX, Licenciatura, Público: IMSS). Y esto suele ser una constante, pues de acuerdo con una de las participantes, el hospital en que fue atendida tiene varias quejas sobre el mismo aspecto, a lo que dice que ***hay hospitales que deberían de ser mejor regulados ya que ese hospital en particular tiene varias quejas sobre la deficiencia de doctores cuando son partos naturales ya que no hay nadie de guardia*** (Participante 67, 18 años,

Cuauhtémoc, CDMX, Carrera comercial, Privado). Llama la atención en este caso que no se trata de un hospital de gobierno, sino que es un dispensario ubicado en la Ciudad de México, razón que puede explicar la falta de regulación.

4. Violencia simbólica

En última instancia, como derivada de las violencias enunciadas anteriores, se presenta un tipo de violencia que no es ejercida por alguien externo a las mujeres, sino que es la interiorización que ellas hacen de la violencia, de modo que se someten a los mandatos médicos e incluso reproducen en otras mujeres los mismos mecanismos de dominación, muchas veces sin siquiera saberlo, pues no se dan cuenta de están siendo víctimas en tanto que este tipo de violencia se esconde en la estructura de poder que la origina y en la relaciones de desigualdad en las cuales se reproduce (Magnone, 2011). En la figura 5 se muestran las tres principales categorías en las cuales se puede ver esta forma de violencia. En primer lugar está la aceptación del sometimiento, del dolor y de las decisiones del personal porque se piensa que saben lo que hacen o que no importa lo que se sufra en el proceso, siempre y cuando al final su bebé esté saludable. En segundo lugar está la interiorización del discurso médico, no sólo de usar para describir el proceso y describirse a sí mismas bajo los mismos tecnicismos, sino también el discurso de que deben permanecer quietas, no deben quejarse, etc. Finalmente está la categoría “les contaron cómo sería”. Desde antes de ir al hospital a algunas mujeres les dicen cómo deben de “portarse”, cómo deben de actuar (no gritar, no quejarse, porque les irá peor), basado este discurso en experiencias previas de violencia gineco-obstétrica.



Desde luego que esta interiorización y reproducción de las violencias no se hace de manera voluntaria, la violencia simbólica se origina en parte por el poder simbólico asociado a la medicina que hace del/la médico/a un ser con autoridad poseedor/a de un conocimiento legítimo y que sabe lo que hace, razón por la cual las mujeres “se entregan” a ese saber sin cuestionar, lo cual queda atestiguado por expresiones como: **nos pusimos en las manos del ginecólogo** (Participante 14, 31 años, Miguel Hidalgo, CDMX, Licenciatura, Privada), pues se asume que todo lo que hacen, lo hacen con conocimiento de causa y únicamente por el bien de ellas o sus bebés: **pues ellos saben lo que [hacen]** (Participante 6h, 21 años, Cd Nezahualcóyotl, Edo Mex, Licenciatura, Público, IMSS); **No, pues yo dije: "son las enfermeras y saben su trabajo ¿no?"** (Participante 7h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Secundaria, Público, IMSS).

Otro mecanismo por el cual se expresa la violencia simbólica ocurre cuando las mujeres interiorizan el discurso médico, interiorizan los regaños y ellas mismas se autocensuran. No necesitan ya de la figura del personal regañándolas o acallándolas, sino que ellas repiten para sí el mismo discurso que les han reiterado durante toda su estancia: **tambien debes echarle muchas ganas para que todo salga bien** (Participante 65, 23 años, Preparatoria, Público); **Pues ya sentí el cólico y ya, o sea no me, todavía aguantaba el dolor y pues no empecé de exagerada ¿Verdad?** (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa): **a mí me daba pena gritar, me daba mucha pena y yo me tapaba la cara** (Participante 5, 33 años, Cuauhtémoc, CDMX, Posgrado, Privado); **uno sí viene luego así quejándose, bueno, yo no me quejaba tanto** (Participante 10h, 26 años, Venustiano Carranza, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS); **yo también este pensamiento: "no grites porque si no ahorita te van a decir de cosas** (Participante 8h, 34 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).

Pero ¿de dónde viene esta interiorización, esta reproducción en sí mismas de la violencia? Por un lado, como ya vimos, tiene que ver con el poder simbólico asignado a la figura del personal de salud, particularmente los/as médicos/as. Pero puede ser también un mecanismo de defensa ante tanta violencia recibida, autocensurarse para evitar más gritos, más regaños, más maltrato por parte del personal. O puede ser

producto del miedo de experiencias previas en el hospital, propias o de otras personas: ***Antes decía uno: "ay, tengo miedo de ir al seguro porque me van a tratar mal (Participante 8h, 34 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).***

Aunque el miedo no es únicamente infundido por todas las condiciones que ya hemos revisado. Desde antes de llegar al hospital, algunas mujeres son “preparadas” por personas conocidas, como su madre o abuela, que ya han pasado por el proceso, son advertidas de que es mejor “portarse bien” para que las traten mejor, para que no les griten o les nieguen la atención:

No grito porque ahorita me van a decir: "cállate, no estés de gritona" o algo así". Porque antes así me decía mi abuelita o mi mamá: "no vayas a gritar, porque si gritas no te van a hacer caso [...] te maltratan y te andan diciendo hasta de groserías [...] Mi mamá, fíjate, hasta el/cuando dice que le daban las contracciones, en vez de gritar, dice que ella se mordía, o sea, agarraba ella y se mordía, para que no le dijeran nada (Participante 8h, 34 años, Iztacalco, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).

De esta manera el mecanismo de dominación logra su objetivo, pues ya no es necesario estar regañando y gritando a cada instante (aunque se hace), sino que las mismas víctimas interiorizan la violencia desde antes y la reproducen sobre sí mismas. Más aún, toda violencia es aceptada y se considera que “vale la pena” con tal de que al final su hijo/a esté sano/a y si esto pasa, se olvida todo lo sufrido: ***Si...vale la pena pasar x todo este proceso de ser mamá ...x que ya cuando tienes a tu bebé en brazos se te olvida todo y lo único que quieres es verlo bien*** (Participante 32, 18 años, Edo Mex, Carrera Técnica, Público); y se entregan totalmente al trato del personal: ***cuando yo la oí gritar respiré "no ya, hagan lo que quieran" o sea, en mi mente estaba "hagan lo que quieran"*** (Participante 5e, 17 años, Tlaxcalilla, Hgo, Licenciatura, Público: SSa).

Y más que olvidar las violencias, incluso se agradece el trato, una vez que ven a su bebé con ellas, por ejemplo, una de las participantes, a pesar de considerar sumamente grosero el trato del ginecólogo, a pesar de molestarse mucho con él durante su atención, una vez nacida su hija esa actitud cambió: ***ya cuando nació mi***

hija estaba llorando y pues ya, pues dije: “ay, muchas gracias”. Hasta les quería comprar chocolates. Ya éramos amigos después de que nació. [...] Pero sí, cuando nació, todo el dolor se me fue (Participante 6e, 21 años, SJR, Qro, Licenciatura, Público: SSa).

Vemos entonces que toda la serie de violencias sufridas pierden importancia al final, cuando las madres ven a sus hijos/as con bien y en sus brazos. Tal vez por ello no existe una conciencia plena de las violencias sufridas después del parto, a menos que hayan sido muy evidentes o extremas. Y tal vez por ello, entre muchos otros factores, existen muy pocas demandas al respecto y sigue siendo un tema en general poco conocido.

Sin embargo, a pesar de hablar aquí de la interiorización y reproducción de la violencia por parte de las mujeres, también existen resistencias. Si bien muchas veces son silenciadas, pues es difícil resistir estando totalmente solas contra el personal de salud, y las mujeres que resisten con acalladas más violentamente mediante amenazas de no atenderlas o infundiendo miedo acerca de que su hijo/a corre peligro si ella no se somete. Pero es necesario nombrar estas resistencias, por lo que se les dedica la siguiente sección.

IV. Resistencias ante las violencias

En primer lugar, es preciso decir que la interiorización de la violencia mencionada en el apartado anterior no quiere decir que las mujeres aceptan pasivamente los maltratos. La mayoría de ellas no reacciona ante las agresiones pero infundidas por el miedo que su reacción pudiera provocar el no ser atendidas o de ser aún más violentadas. No obstante “donde hay poder, hay resistencia” (Foucault, 1977, p. 57), y de acuerdo con Marcela Lagarde (2000),

resistir es una experiencia cuando no se tienen recursos para otra cosa. Cuando no se pueden cambiar las cosas del todo, la resistencia es el inicio de un cambio. [...] Ese conjunto de experiencias de resistencia es un base política muy sólida para cualquier transformación y puede provocar cambios cualitativos en la vida de las mujeres (pp. 90-91).

Las mujeres dentro de los hospitales se encuentran en una posición de gran vulnerabilidad y en realidad sus posibilidades de agencia son muy limitadas, pues todo el sistema se acomoda para someterlas de modo que acepten sin quejas las decisiones y acciones del personal de salud. Ante esta falta de recursos, son menores los cambios que pueden producir mediante sus acciones, pero estas acciones son significativas para ellas, pues no se someten pasivamente al poder ejercido sobre ellas. Algunas de las participantes profirieron abiertamente sus quejas y se generaron discusiones con el personal al reclamar ellas cuando algo no les pareció adecuado:

Una enfermera me dijo... ash trae esmalte en las uñas de los pies, ahora se lo tengo que quitar también. Me tomó los pies y me empezó a despintar mientras lo hacía le dije, otra de las razones de que no hubiera elegido este hospital, si yo estuviera programada o ya cercana a mi parto no trajera esmalte es más ni se porque sigo hablando contigo, termina y que venga Xochitl, otra enfermera pero súper amable (Participante 14, 31 años, Miguel Hidalgo, CDMX, Licenciatura, Privado)

Ella me regañaba q xq no le daba de comer [a su bebé], hasta q me hizo enojar y discutí con ella, por que decía q yo no le quería dar pecho y no era eso simplemente. La verdad e no despertaba y tampoco quisieron. Autorizar a dar formula xq decían q la ebebe debía tomar pecho (Participante 30, 34 años, Tulancingo, Hgo, Carrera técnica, Público: SSa)

De la misma manera, hay quienes se niegan a la realización de un procedimiento, o en caso de un procedimiento necesario, se niegan a que sea realizado por personal no capacitado, como los/as estudiantes:

cuando los estudiantes, los internos, nos hacen el tacto, de que no saben y nos llegan a lastimar demasiado. Eso es lo molesto que si me ha... y sí, ahora sí yo sí les he dicho que no, que por ellos no me dejo hacer tacto (Participante 14h, 22 años, Venustiano Carranza, CDMX, Carrera técnica, Público: IMSS).

Y finalmente, ante la negligencia percibida por parte del personal, una paciente decidió solicitar su alta voluntaria, aunque es un proceso lleno de trabas:

Al final por el problema de la presión no querían darme de alta pero tampoco me daban medicamentos para regular la presión. Yo pedí mi alta voluntaria , aunq al final fue un ginecólogo y el dijo q no era nada serio y me dió de alta pero túve q hacer un lío para q el medico fuera a valorarme (Participante 30, 34 años, Tulancingo, Hgo, Carrera técnica, Público: IMSS).

Por otro lado, a pesar de que no se trata de resistencias explícitas como las anteriores, hay un aspecto que es común en muchas de las mujeres que participaron en esta investigación: es el pensar que algo está mal en el modo en que se da la atención del embarazo en los hospitales a los que acudieron, y piensan que las cosas deberían ser diferentes, que deberían respetar su dolor y sus decisiones: ***Pero a final de cuentas creo que ellas [las enfermeras] deben de aprender a respetar las decisiones de uno ¿no? Ellas no van a volver a regresar, ya está en decisión de nosotros, las que sufrimos [...] somos nosotros (Participante 2h, 20 años, Iztapalapa, CDMX, Preparatoria, Público: IMSS).***

De la misma forma, que debería haber personas que regularan el trato dentro de los hospitales, que se trabajara con los estigmas y prejuicios que reproduce el personal, por ejemplo, en relación con la edad de las usuarias:

La edad juega un papel muy importante en el cómo los médicos van a llevar o conducir su atención médica, los prejuicios y estigmas que se tienen son generadores de violencia que sufren la mujeres día con día y que no existe un personal que regule ese trato (Participante 52, 19 años, GAM, CDMX, Licenciatura, Privado).

Igualmente, que todo el proceso resulta mucho más difícil para las mujeres que no pueden costear un servicio privado, reconociendo su privilegio de tener la suficiente solvencia económica:

Creo firmemente que el contar con los doctores, enfermeras y clínica previamente seleccionada da tranquilidad y confianza en un buen resultado a un proceso que para muchas mujeres puede ser muy doloroso y traumático al no contar con esta posibilidad y tener que hacerlo en una clínica de seguridad social pública (Participante 68, Preparatoria, Privado).

Y finalmente, que el personal debería tener la vocación y el compromiso hacia sus usuarias, así que es su obligación tratarlas humanamente:

Pues si recordar el maltrato no sólo ami, en el momento si no a varias personas y a las que siguen tratando mal. Deberían tener conciencia que somos seres humanos y como tal deben de tra[t]arnos y si no tienen la paciencia ni vocación, mejor que se dediquen a otra cosa que no tengan que tratar o maltratar anlas personas (Participante 6, 29 años, Amealco, Qro, Secundaria, Público: SSa).

Para concluir, es evidente que existen enormes deficiencias en el proceso de atención a la mujer embarazada y las cosas *deben* cambiar. En palabras de una participante:

El embarazo y el parto es una experiencia única, que para cualquier mujer que decide tener hijos debería ser hermosa, tranquila, sin presiones y de la manera en la que la naturaleza nos indica como la mejor manera para parir, es responsabilidad de las instituciones de salud brindar los cuidados y las herramientas necesarias para que esto suceda así, es muy necesaria que las o los médicos a cargo de estos procedimientos esten sensibilizados y sean empaticos con las emociones que se viven durante el momento, también es obligación como mujeres, como futuras madres saber cuáles son nuestros derechos, hacer saber nuestros deseos y necesidades (Participante 40, 18 años, Iztacalco, CDMX, Licenciatura, Público: IMSS).

V. Pensar en la interseccionalidad. Convergencia de distintas formas de violencia gineco-obstétrica en la experiencia de dos participantes.

He presentado hasta ahora los diversos tipos de VGO que sufren las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos. Estas formas van desde las violencias ocultas en un trato rutinario, hasta violencias más que evidentes en forma de claras violencias físicas, psicológicas y hasta sexuales. De la misma manera, quienes la ejercen van desde personas determinadas que se comportan de forma inadecuada con las mujeres hasta las instituciones y sus políticas que devienen en violencia.

Como es posible ver en las figuras que resumen los tipos de violencias vividas por las participantes²⁶, las categorías no tienen frecuencias muy elevadas, esto es porque, a pesar de que no se repiten con mucha frecuencia, existen muchas formas de violencias diferentes, de manera que las violencias se diversifican entre las distintas participantes. Además de que sigue existiendo una invisibilización de dichas violencias, tanto por parte del personal de salud como de las mismas mujeres. También ocurren formas diferentes en función de si la atención fue en el sistema público o privado, si fue en una ciudad o en una localidad de pocos habitantes, etc. Es decir, existen condiciones que ponen a algunas mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad que otras, de modo que se pueden enfrentar a varios de estos tipos de violencias a la vez. A continuación presento los casos de dos mujeres que participaron en esta investigación en cuyos relatos se puede ver el cruce de una gran cantidad de violencias y fallas durante su atención.

Participante 5e (S)

S es una mujer cuyo proceso de atención de parto ocurrió cuando tenía 17 años. Ella vivía en una pequeña comunidad perteneciente al municipio de Huichapan, Hgo. Esta comunidad cuenta con un pequeño centro de salud, pero este no tiene las facilidades necesarias para la atención de partos complicados y se asumió que el parto de S sería complicado debido a su corta edad, por lo cual debía atenderse en la ciudad de Huichapan, en un hospital público perteneciente a la Secretaría de Salud. S era madre soltera, integrante de una familia con pocos recursos económicos, razón por la

²⁶ Véase pags. 96, 102, 111, 125 y 129.

cual no acudió a la clínica durante su embarazo y no llevó ningún tipo de control prenatal. Además, refiere que tenía desnutrición durante su embarazo.

Esta breve contextualización permite ver más claramente algunos de los obstáculos que enfrentó S durante el proceso de su parto, pues como se muestra a continuación, fue un proceso muy difícil y en el cual es posible advertir una serie de violencias de diversos tipos que se presentaron en distintos niveles, desde el individual hasta el institucional.

Desde un primer momento en su historia es posible ver una violencia institucional consistente en la falta de personal y la falta de condiciones adecuadas para atender un parto en esta pequeña clínica, por lo que debió ser referida a un hospital en la cabecera municipal:

el médico dijo “es que yo la puedo atender aquí, pero si se pone mal, no, no vamos a tener cómo, cómo atenderla, porque aquí no hay personal” Nada más estaba una enfermera y estaba el médico y nada más, porque cayó en fin de semana. Entonces me dijo “¿sabes qué? Te voy a dar tu pase y te vas al hospital porque aquí no te podemos atender”.

Y además de la falta de personal, el desabasto en esta clínica es mucho mayor, pues ni siquiera contaban con formatos para poder dar el pase con el cual podía ser recibida en el otro hospital y mucho menos contaban con una ambulancia para realizar el traslado, motivo por el cual S debió pedir ayuda a las personas de su comunidad:

Tuvimos que conseguir una camioneta que nos pudiera llevar, no teníamos, de hecho no contábamos con ningún tipo de recurso económico [...]. Y, este, pues ya, como pudimos, pedimos de favor a un señor que iba pasando en la calle y nos dijo que sí y nos llevó.

El traslado hacia la clínica, no obstante, fue sumamente desagradable, pues al ser una comunidad apartada, las vías de acceso no están en condiciones óptimas:

El camino que hay de Tlaxcalilla para Huichapan es pura terracería y empedrado, entonces, pues el, los dolores eran cada vez peor y el señor manejaba como si trajera vacas. Entonces fue, fue muy difícil, fue muy desgastante porque yo sentía que cada vez que toca/pegaba una piedra, pues el dolor era más intenso.

Es posible apreciar en este fragmento también una insensibilidad al dolor de la mujer por parte del conductor, al manejar de forma descuidada sin preocuparse por su sentir, además de estar ella (junto con su madre y el padre de su hija, quienes la acompañaban) en imposibilidad de hacer algún reclamo, pues era su única alternativa para llegar al siguiente hospital.

Al llegar a este nuevo hospital continúan las violencias institucionales, pues no contaba con el espacio necesario para llevar a cabo su atención: ***Me dijeron: “el hospital está saturado, no te podemos recibir. Quédate en la sala de espera y cuando sientas más fuertes los dolores y menos espaciados, este, nos avisas”.***

Horas después, al realizar su revisión, el personal previó que tendría que realizársele una cesárea debido a que su parto no progresaba, sin embargo, a pesar de tratarse de un hospital público, los servicios tienen un costo y en casos como el de S, los costos son impagables:

Si para dentro de seis horas, este, no, no se ha dilatado lo suficiente, va a tener que ser cesárea. Y quien vaya a pagar, de una vez váyanle diciendo, porque tienen que conseguir dinero, aquí nada es gratis. Agarraron y ya le dijeron al papá de la niña que fuera a ver qué podía hacer [...]. Y si era cesárea, en ese entonces si era cesárea salía en seis mil pesos, si era parto normal, salía en tres mil.

Y para agravar la situación, fue retenida en el hospital hasta que los costos son cubiertos: ***me quedé tres días ahí porque no habían ido a pagar. Me dijeron que no podía salir de ahí hasta que no pagara.*** Además de que sus familiares no pueden pasar a verlas hasta que hayan pagado: ***Y ya, después pagaron. Mi mamá entró, nada más pudo entrar una sola vez a verme y ya fue cuando me pasaron ropa para ella y me ayudó a, a bañarme, me llevaron a bañar y ella me ayudó.***

S, más que usuaria de los servicios de salud, fue tratada de muy mala manera, pues más allá de la lógica carcelaria de impedir que abandone el hospital, el trato hacia ella se asemejó aquél del personal de seguridad pública hacia las personas presas, como queda manifiesto en el siguiente fragmento:

Cuando me pasan, me empezaron a quitar la ropa [...] y me empezaron a hacer limpieza, me rasuraron, me lavaron, me vendaron las piernas y me pusieron una bata, y toda mi ropa me dijeron que la levantara del piso y que la pusiera en una bolsa y que se las diera, todo lo que trajera, que me quitara collares, pulseras aretes, todo lo que trajera que lo echara en la bolsa. Y así lo hice.

S fue tratada de una forma totalmente impersonal, como un objeto, como es expresado por ella al decir “me pasaron, me rasuraron, me lavaron”. Ella es vista como un cuerpo pasivo sobre el cual se realizan los procedimientos de rutina, sin preocupación alguna por su sentir, y comienzan a pedirle infinidad de datos, como parte del mismo protocolo para llenar la historia clínica, para cumplir el personal con su deber, sin considerar lo incómodo que eso era para ella, pues por el dolor, poco podía responder: ***me pedían muchos datos y en ese momento yo, pues a duras penas me acordaba yo creo de mi nombre y me seguían preguntando.***

Otro procedimiento rutinario es el aislamiento de las mujeres, quienes son separadas de sus familiares y llevadas a una sala en la cual deben esperar a alcanzar la dilatación necesaria (10cm) e ir a otra sala más en donde ocurre el parto, o a un quirófano en el cual es realizada la cesárea. Pero todo este proceso es vivido por ellas en completa soledad, sin el apoyo de sus familiares, además de que el ambiente de la sala es sumamente tenso debido a que se escuchan los gritos de dolor de las otras mujeres:

me subieron a un camilla y me dijeron: “te vamos a pasar a piso” y entonces, yo nada más recuerdo haber visto a mi mamá así de, cuando me sacaron, que mi mamá me hizo así [seña de despedida] y ya, se fue para allá, a la sala de espera y ahí me pasaron, a una sala donde había muchas camas y había muchas señoras, y

todas las señoras pues la mayoría estaba gritando y gritaban muy fuerte y que les dolía.

Hemos visto entonces una serie de violencias generadas por las malas condiciones de la clínica y el hospital, la falta de recursos, la lejanía de la localidad de S y las políticas del hospital sobre los costos de los procedimientos o la estandarización del modo de actuar del personal. Este tipo de violencias resultan inevitables en la mayoría de los casos y el personal que las ejecuta no es directamente responsable de ellas. Sin embargo, otro tipo de violencias tienen que ver con el trato que ofrecen a las usuarias, el cual sí es responsabilidad suya y en ocasiones como durante la atención de S está muy lejos de lo ideal.

En primera instancia, más allá del modo impersonal de tratar a las mujeres, que puede obedecer también a la sobrecarga de trabajo, existe también un trato que más que impersonal es francamente grosero y se dirige principalmente a callar a las mujeres, a impedirles que expresen su dolor: ***Cada vez que venía el dolor, pues yo me quejaba, pero no gritaba, decían: “ya cálese, ya deje de gritar y que no sé qué”. Nos decían muchas cosas, las enfermeras.***

Además de acallar el dolor, los regañones incluyen una censura a la sexualidad, en particular al placer sentido durante el acto sexual que originó el embarazo: ***¿pues quién las mandó? Cómo cuando sí estaban haciendo el hijo ahí estaban bien puestas, pero ahorita que lo van a tener, ahora si les duele, ahora sí se quejan y gritan***". Pues todo acto sexual, bajo la ideología judeo-cristiana prevaleciente en nuestro país, debe dirigirse únicamente a la procreación y al mismo tiempo debe estar desprovisto de placer hacia las mujeres.

Algo que llama la atención del caso de S es una marcada diferencia de género, pues tanto el trato recibido como su sensación ante él es diferente en función de si fue atendida por enfermeras o enfermeros. Los malos tratos expresados previamente fueron realizados por enfermeras, pero con el cambio de turno llegaron enfermeros. El hecho de que fueran varones la hizo sentir más incómoda (aunque esto no sucedió con los médicos varones, por lo que también se juega una dimensión de poder), no obstante, los enfermeros no las regañaban de la misma forma que las enfermeras:

Y llegaron unas enfermeras y unos enfermeros, ahí llegaron unos enfermeros hombres y pues era más incómodo ¿no? Y, pero ellos ya no les gritaban a las señoras, ya, les gritaban, pero “ya, ya, cálmese, cálmese, señora” ya, nada más les decían, pero no les decían así feo como las otras señoras.

Esta serie de regaños cumplen su objetivo de acallar las quejas y los gritos, pues cuando S las escuchó sintió *miedo* de que le pudieran decir lo mismo, por lo que al sentir dolor únicamente se tapaba la cara y se agarraba de los barrotes de la cama intentando soportarlo.

Su miedo a los gritos se transformó posteriormente en miedo por la seguridad de su bebé, pues el personal le decía:

“es que no pujes, si tú pujas, cada vez que pujas tu bebé deja de respirar, entonces no lo hagas”. Entonces, cuando me dijeron eso “no va a respirar, no, no tengo que hacerlo”. Bueno. Yo me acuerdo que me agarraba así y sentía mi sudor frío, me daba, me daba miedo pensar que algo le pudiera pasar después de tanto tiempo que ya había pasado.

Otra forma de maltrato que sufrió S, además de la violencia psicológica ya narrada, tiene que ver con algunas formas de violencia física. Al igual que con las violencias ya mencionadas, algunas de estas formas son prevenibles por el personal y otras no, pero todas ellas resultan perjudiciales para las mujeres. Además, unas son más evidentes que otras, por ejemplo, un tipo de violencia no visible para el personal de salud, pero muy evidente para las mujeres que la sufren, es la derivada de la negligencia del personal, que por su inhabilidad provoca dolor a las usuarias:

me dijeron: “a ver, pon tu mano, te vamos a poner un suero”. Y me explicaban de qué era pero la verdad yo no les entendí. Y me pusieron un suero, me lo pusieron aquí, pero me lo pusieron como cuatro veces y no le atinó la enfermera, total que acabó por ponérmelo acá.

En la mayoría de las situaciones narradas en las secciones anteriores de este capítulo se menciona que no se informa a las mujeres sobre los procesos que se les realiza o los medicamentos que se les administran, pero incluso en los casos en los que sí se informa, se hace mediante tecnicismos inentendibles para algunas de las mujeres, como fue en este caso, de modo que sirve de poco la explicación.

Otro tipo de negligencia tiene que ver con que el personal en el turno nocturno abandona sus tareas para irse a dormir:

Se fueron a dormir, nos dijeron: “cualquier cosa o algún cambio o algo que ustedes sientan o así, que ustedes sientan que no es normal, nos avisan, porque pues, estamos aquí”. Y estaban, o sea, la camilla así y habían camillas así todo alrededor, pero en medio estaban las oficinas, sí, eran como las oficinas las, el escritorio de las enfermeras, entonces en el espacio que quedaba en medio, ahí fueron donde se acostaron, o sea, pues jalaron cobijas y se acostaron.

Aunque de poco sirve la advertencia de avisar si sienten que algo no está normal dentro de un ambiente en el que la opinión y el sentir de las mujeres no cuenta, en donde las decisiones son tomadas hasta que este sentir es confirmado por una voz autorizada. Efectivamente, S sintió que algo no estaba normal, pero su sentir no fue considerado válido:

Cuando llegaron los del nuevo turno, yo les dije [...]: “es que hay algo que no está normal” [...]. Yo sentía como si me hubiera hecho del baño, yo les decía: “no, es que esto no es normal”. Y me decía: “no, es que estás sudando, es que estás sudando”, [...] “no, es que no, esto, hay algo que no está normal” yo les decía y no, me dijeron “no es que ya va a ser el cambio de turno, ahorita vienen los otros”. [...] Se hizo el cambio de turno [...], llegó un doctor y me dijo: “¿qué tienes?”, le digo: “es que algo no está normal” y dijo “a ver, les voy a hacer el tacto” [...] Cuando llegó conmigo me dij/ levantó la sábana y ya tenía/se puso el guante, me iba a revisar, y me dijo: “es que ¿por qué no avisas? Tu niña ya/tu bebé ya está coronando”. Le digo” pues es que yo les dije que algo no estaba normal”, y me dijo: “ya, ya, este bebé ya coronó” y les gritó a las enfermeras: “a ver, hay que pasarla a la sala” y les empezó a hablar y las enfermeras llegaron y “es que no nos

dijo nada, y es que esto y..." o sea, empezaron a decir que yo no había dicho nada y, y es que yo sí les dije, sí les dije que eso no estaba/no era normal y no me hicieron caso.

Aparte de la falta de escucha hacia las mujeres, vemos una nueva negligencia: cuando se acerca la hora del cambio de turno, la responsabilidad pasa al personal del siguiente turno, resulta mejor no hacer revisiones, pues se convertiría en "su problema" y tendrían que atenderla en ese turno. Pero se ve claramente la completa invisibilidad de S, constantemente repitió que algo no era normal y hasta que alguien del personal lo confirmó se volvió cierto y más aún, recibió nuevas reprimendas por no haber avisado. También es posible ver cómo se juegan las jerarquías dentro de la sala de parto, cómo se transmiten verticalmente las responsabilidades en la cadena de mando. El médico se asume en el nivel de jerarquía superior y ordena a las enfermeras a "pasar a la sala" a S, a la vez que se siente con la autoridad de regañarlas. Ellas a su vez buscan evitar el regaño delegando la responsabilidad a alguien en un nivel menor en jerarquía, en este caso, S. En el siguiente fragmento queda más clara la división de jerarquías, pues entra a escena alguien con mayor jerarquía que el médico mencionado en la cita anterior:

Llegó un doctor, ese no había estado ni lo había visto yo antes. Era un señor ya más grande, y ya iba a, vestido y todo de azul, así, y me dijo: "a ver, cálmate, vamos a hacer que nazca tu bebé bien y todo va a salir bien". Y empezó a decirles a todos lo que tenían que hacer allí.

La cita anterior también abona a ejemplificar el trato despersonalizado que ocurre para la atención de las usuarias, pues alguien que jamás se presentó con S, a quien jamás había visto, entra a la sala, ordena a todas las personas qué hacer y atiende su parto, sin pedir su autorización, sin explicarle quién era o qué iba a hacer, sin considerarla parte importante en la toma de decisiones sobre su cuerpo, todo es controlado por el personal médico, incluso el mismo proceso fisiológico del parto: ***Me dijeron: "sube tus piernas aquí, te vas a acomodar así, baja tu cadera, y en cuanto yo te diga que tienes que pujar, pujas, pero tú me tienes que avisar cuando venga la contracción.***

Después del nacimiento de la hija de S algo cambia, pero no termina ahí el ciclo de violencias. Antes de ese momento y hasta que la escucha gritar, la emoción predominante es el miedo, la incertidumbre; miedo porque le dijeron que cada que pujara, su bebé dejaba de respirar, incertidumbre de no saber nada, porque no le explicaron nada; miedo de no escucharla llorar después de que nació y finalmente alivio al escuchar el llanto por primera vez. Justo en ese momento se borraron sus miedos: ***cuando yo la oí gritar respiré "no ya, hagan lo que quieran" o sea, en mi mente estaba "hagan lo que quieran"***.

El alivio al saber bien a su hija facilita que surjan otro tipo de violencias por parte del personal y que éstas sean recibidas con mayor pasividad que las anteriores. En primer lugar está la separación madre-hija, un procedimiento cotidiano con poca justificación en las normativas de atención del parto, pues evita los beneficios del contacto inmediato entre la madre y su bebé: ***Y me dijo: "es una niña, es una niña" y me la trajo y me la enseñó. Le besé su pie, fue lo que yo le besé y se la llevaron.***

En segundo lugar está la limpieza uterina, otro procedimiento usual que supuestamente tiene como objetivo prevenir infecciones posteriores al evitar que se quedara un trozo de placenta dentro del útero. Para evitar el procedimiento, puesto que puede generar daños al endometrio, bastaría revisar que la placenta esté completa, y para evitar daños al endometrio, bastaría realizarlo cuidadosamente, pero ninguna de las dos cosas sucedió en el caso de S:

yo vi, cuando me estaban haciendo limpieza, porque mi estómago bajó considerablemente, pero yo veía su mano, a mí lo que sorprendió fue que vi su mano del doctor cómo se veía así en mi piel y, lo veía y sentía cómo metía así su mano y limpiaba con las, unas gasas que estaban así como hechas bolita.

Este procedimiento, además de innecesario la mayoría de las veces, puede resultar hasta dañino para las mujeres, sobre todo si no se hace con el cuidado adecuado, como fue en el caso de S.

Luego de tres días de reclusión por la falta de pago de los servicios, S por fin pudo volver a casa, sin embargo, la historia no terminaría aquí, pues las negligencias durante su atención en el hospital dejaron secuelas a mediano plazo:

No pasó ni una semana y tuve que ir al centro de salud, porque me llegaba un olor fétido, entonces, no era normal y yo le decía a mi mamá: "es que eso no es normal", "¿pero de dónde es el olor?". Y yo decía "Es que... pues es que es de adentro de mí" o sea, yo lo sentía por vía vaginal, o sea, era un olor muy feo, muy fuerte [...]. Entonces, cuando me metí a bañar [...], ese día el/yo sentía como si, los mismos dolores que sentía cuando ella nació y le hablé a mi mamá y le dije que me revisara por favor. Y ella me revisó y me dijo: "es que te está saliendo algo", y le pregunte pues qué era ¿no?: "¿Qué es lo que me está saliendo?". "Es que no sé, no sé qué es". Y, pues es mi mamá, yo le tuve confianza y le dije: "quítamelo ¿qué es? no sé que es". Y sí, ya para cuando ella ya lo veía, llegaba el olor horrible. Entonces ella lo tomó con una bolsa y lo sacó y cuando lo sacó nos dimos cuenta que era una gasa que estaba verde y estaba babosa.

En la historia de S sucedieron una gran cantidad de violencias, muchas de las cuales claramente dañaron su salud. Sin embargo, como muchas de las violencias son de origen institucional, las mujeres son colocadas en un lugar de indefensión, pues además de los mecanismos ya mencionados para someter a las mujeres que dificultan que ellas deseen emitir una queja, no existen mecanismos para el seguimiento de las denuncias que deseen interponer las usuarias, más aún, el personal responde de manera irónica y burlona cuando alguien intenta poner una queja: ***mi mamá les dijo: "¿dónde puedo poner una queja? Porque no pueden atender así a mi hija". Le dijeron: "pues póngala donde quiera, señora, de todas maneras el buzón nunca se ha abierto".***

En esta investigación aparecen una gran cantidad de violencias ejercidas en contra de las participantes. En el caso de S, las violencias más evidentes son de tipo institucional y se presentan como una escasez de recursos, humanos y materiales en las clínicas de las localidades pequeñas, lo cual se refleja en la incapacidad para atender partos y la necesidad de trasladarlos a un hospital en la ciudad más cercana,

traslado que tiene que realizarse por sus propios medios y recursos y por caminos en malas condiciones. Aunado a ello, el hospital al que se refieren también se encuentra en desabasto y no puede atender a todas las mujeres que son enviadas a este, por lo que deben esperar horas para poder recibir atención, además, pese a ser un hospital público, sí cobran a las usuarias, cantidades difícilmente costeables para mujeres de bajos recursos como S.

Derivado de lo anterior, de la sobresaturación de los servicios del hospital, la atención por parte del personal también es sumamente deficiente. Ante la gran cantidad de usuarias, el trato se vuelve impersonal y frío, se establecen rutinas estrictas de procedimientos que se realizan a todas las mujeres sin consideración de sus particularidades y el tenso ambiente de la sala de partos lleva a la desesperación del personal que desquita su estrés con las usuarias por medio de regaños y otras violencias.

De las muchas formas de VGO analizadas en esta investigación, podemos ver en el caso de S una suma de diversas de ellas. Y es que pese a que todas las participantes comparten la condición de ser mujeres dentro de un hospital, lo cual las coloca en una doble condición de vulneración, existen en el caso de S factores que complejizan más su vivencia y que llevaron a un difícil proceso de la atención de su parto, pues era una madre soltera adolescente, con pocos recursos económicos, habitante de una localidad indígena alejada de los servicios de salud. Todos estos factores pusieron a S en una situación de particular vulnerabilidad que se refleja en la enorme cantidad de violencias que recibió.

Participante 8e (B)

B es una mujer de 31 años que vive en el municipio de Tecámac, Estado de México. Trabaja como enfermera en un hospital privado. Se encuentra casada con un hombre, que es taxista. Gracias a los dos sueldos, tenían la posibilidad de atender su embarazo en el sector privado y decidieron hacerlo, pero por circunstancias que se enunciarán a continuación, finalmente fue atendida en un hospital público del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La historia de B comienza desde su primera consulta, a la que acudió cuando supo que estaba embarazada, la cual fue en una clínica del IMSS. Y desde ese momento comenzaron las violencias, pues ocurrió, tal como se ha hecho manifiesto en los testimonios de varias de las participantes, que su voz y su saber no vale dentro de las instancias hospitalarias y lo que dicen ha de ser confirmado por el propio personal. En este caso, la persona que la atendió “no le creyó” que estaba embarazada, a pesar de que llevaba consigo un estudio de ultrasonido, por lo que le **mandaron hacer laboratorios para ver si realmente estaba embarazada y yo les mentía.**

Esta falta de escucha se reitera en varias ocasiones en la historia de B, por ejemplo, ya una vez internada dentro del hospital ella refiere que tuvo en una ocasión dolor de cabeza debido a que en su estancia no le habían dado de comer y eso siempre le produce migraña, no obstante, ese conocimiento sobre su cuerpo no fue tomado en cuenta por la médica que la atendía y únicamente basada en el dolor de cabeza activa todo un protocolo usado cuando hay riesgo de mortalidad materna. Más aún, posteriormente volvió a mencionar que le dolía la cabeza y la persona que la atendía hizo más caso a lo escrito en el expediente que a lo dicho por B:

Le digo a la doctora: "¿sabe qué? me duele la cabeza —le digo—, es mi...", va y se acerca a mi expediente y me dice: "es que ya te pasaron medicamento", y yo: "no, no me han pasado nada". "¿Cómo de que no? pues si ya está anotado". "Sí". Me tocó un enfermero, le digo: "oye, ¿verdad que no me has pasado nada? porque me duele la cabeza y la doctora dice que ya me pasaste el medicamento", "No, es que no te lo he pasado", y yo: "ah, mira, pues dile a la doctora ¿no?". Y le di/no le dijo nada y yo sí le dije: "¿ya ve doctora? cómo no me pasó nada", dice: "¿cómo de que no?", "no". Pues pásale un paracetamol y pásale su medicamento a la paciente"

Resulta más valorado lo escrito en una hoja de papel que lo dicho por B, haciéndola someterse a procedimientos innecesarios.

En la historia de B la violencia más evidente proviene de las políticas institucionales del IMSS, pues como veremos a continuación, la burocratización de todo el proceso se convierte en un verdadero martirio para las usuarias del servicio. En

primera instancia, para que el embarazo sea atendido dentro del IMSS, las mujeres deben de recabar una serie de sellos y firmas de diversas especialidades: trabajo social, nutrición, medicina preventiva y dentista como proceso de atención del embarazo. Para tener esos sellos, deben acudir a unas pláticas que les dicen que son obligatorias y las coercionan a ir a ellas mediante amenazas:

Te espantan porque te dicen: "sí, son obligatorias las pláticas. Si tú no tienes tus pláticas durante tu proceso de embarazo, no te damos la incapacidad". Supuestamente, eso es lo que le pintan a la gente al principio.

Aunque en realidad es mentira y resultaría ilegal negar la incapacidad, la razón por la que obligan a recolectar todos estos sellos es por cuestiones burocráticas del hospital, como signo de que están "atendiendo bien" a las mujeres:

Le pregunta mi esposo: "Bueno ¿y cuál es su problema si no hay ningún sello?". "Pues es que, pues nada, para ustedes no pasa nada, pero para nosotros sí, porque cuando llegue a ver alguna auditoría o alguna auditoría, nos dicen: "a ver ¿cómo le estás dando el seguimiento a tus embarazadas".

Aunque a pesar de la ilegalidad, a B sí le negaron su incapacidad:

Sí me dieron mi incapacidad, pero solamente los 42 días después, perdí toda la incapacidad pre-natal, ya no me la quisieron dar [...] porque como a m'hijo lo sacaron antes de tiempo y como no me la quería dar porque no era el hospital de mi zona, pues por eso, porque le restan apoyo a ese hospital por dar incapacidad que no le corresponde, absorbe él el gasto, ese hospital.

Toda esta serie de pasos por los que tienen que pasar las mujeres durante su atención hacen de esta un proceso sumamente estresante, pues no existe ninguna consideración por sus tiempos, las esperas para sacar citas son muy largas, no entregan los resultados de laboratorios cuando lo indican lo cual las hace reprogramar sus citas y perder otro día más de trabajo: ***Yo estaba verde de coraje, dije, me***

hicieron levantarme temprano, pedir permiso en mi trabajo y todavía hasta me picotearon de a gratis para que no estén mis resultados ¿pues de qué se trata?

Además de no haber mecanismos adecuados para la solución de las quejas al respecto:

Voy con mi médico y le comenté la situación y me dice: "no, es que yo no puedo hacer nada m'hija". Voy con los jefes de... del turno de la tarde, exactamente lo mismo: "yo no puedo hacer nada, si ya te dijeron que tienes que venir en la mañana, tienes que venir en la mañana".

Se anteponen entonces las políticas del hospital que el bienestar de las mujeres. El buen trato a las usuarias, la atención adecuada es medida de acuerdo a cifras únicamente, como el número de sellos. Este seguimiento de las políticas hospitalarias incluso cuando van en contra de las necesidades y deseos de las mujeres llegó al extremo en el caso de B, pues fue retenida en el hospital por días y le practicaron una cesárea completamente innecesaria, en contra de su voluntad y únicamente porque tenían que seguir el protocolo establecido (esta situación se narra más adelante).

Otro ejemplo de cómo las políticas vulneraron los derechos de B ocurrió cuando le negaron el servicio de ambulancia para trasladarla al hospital que "le correspondía" únicamente porque se tiene una política en la que no puede ir sola en la ambulancia porque es mujer y porque está embarazada. Política bastante absurda si se considera que se trata de un hospital obstétrico:

Es que su esposa no se puede ir sola con nosotros en la ambulancia, una porque es mujer y dos por su condición que está embarazada, nos metemos en problemas". "No, es que la trabajadora social me dijo que sí, que no sé qué". "No, pues no". Cancelan el servicio los de las ambulancias y nosotros así estábamos verdes. Dice la trabajadora social "¿sabe qué? te voy a tener que volver a pedir otra vez tu servicio, pero ahorita ya no, ya sería hasta después de las seis de la tarde que sigue el siguiente turno y eso a ver a qué horas te mandan la ambulancia. Para que te manden a tu, a tu hospital –dice– mientras, pues usted consigue a ver qué hace con el carro".

B había comenzado su atención en el sector privado justo por el tipo de atención recibida en sus consultan prenatales, el cambio en la atención fue notorio: **la atención completamente diferente, obviamente. Cada vez que yo tenía algo, si algún dolor, alguna duda, lo que sea, le hablaba a la doctora, le mandaba un mensaje, y me respondía ¿no? ya sea resolviéndome mis dudas o mis necesidades.**

No obstante, como necesitaba unos estudios de laboratorio, para ahorrar costos volvió a acudir a un hospital del IMSS. Los laboratorios resultaron en los parámetros establecidos, sin embargo, su presión arterial estaba por encima de la norma establecida por lo que *no le permitieron* salir del hospital y fue internada. Durante su estancia por la noche, no le dieron comida y tampoco pudo dormir, razón por la cual a la mañana siguiente tenía migraña. Como mencioné previamente, el dolor de cabeza es tomado como signo de alarma, y dado que no escucharon las razones de B sobre que tenía migraña y no estaba relacionado con el embarazo, el personal activó todo un protocolo de emergencia:

Me duele la cabeza". "¿Cómo de que te duele la...", "sí, pero tengo migraña —le digo—, es el dolor de la migraña, me molesta la luz" ¿no? Se va la doctora, llega la enfermera, me toma la presión, no la tenía muy alta, y me dice: "¿todavía te duele la cabeza?", y le digo: "sí". Se va con la doctora otra vez y le dice: "es que le sigue doliendo la cabeza". Llega la doctora y le dice: "¿sabes qué? dale un, un gramo de paracetamol, a ver si se le baja el dolor de cabeza". Me dan el paracetamol y dice la doctora: ¿sabes qué? no. Vamos a vocear el código [erin]²⁷, y yo: "¡Noo! o sea, ¿cómo van a vocear el código? No, aguántenme". "No, no, no. No. Vamos a vocear el código". Ya dice, digo: "no manches, no, o sea ¿cómo crees? me van a sacar a m'hijo", me dicen, ah ellos le dicen: "te voy a desembarazar"

El resultado del voceo de dicho código resulta muy impactante para B:

²⁷ El código Erin o código Máter "es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación" (SSa, 2016, p. 29).

Vocean su cochino código, en menos de un minuto, así, en cuestión de segundos, llegaron como 20, 30 gentes alrededor de mí, preguntándome, unos picoteándome, "te voy a poner una sonda, unas vendas, te voy a canalizar de los, de este lado, te voy a quitar la venoclisis de este lado, de la derecha y te la voy a poner en la izquierda, porque en la derecha te van a poner un catéter largo". O sea, todo mundo ahí picándote, diciéndote, tomándote laboratorios, y todo mundo diciéndote: "hija, no te estreses, no va a pasar nada".

Sin ningún respeto por la privacidad de B, de su autonomía sobre su cuerpo, sin considerarla un instante en su proceso de decisión, llegan muchos miembros del personal de salud a realizar sus procedimientos sin consentimiento alguno por parte de B. Otra muestra más de la reificación que sufren las usuarias dentro del sistema hospitalario.

Además de ello, irónicamente dicen: "no te estreses", cuando es el mismo personal el que provoca el estrés, además de miedo y angustia: ***Muerta de miedo, por mi hijo ¿no? que estaba chiquito [...] [y] llore y llore de, pues del estrés.***

Una vez pasado el impacto inicial, ya estando en quirófano, todos sus signos vitales se normalizaron y ya había hecho efecto el medicamento para el dolor de cabeza, de modo que la cesárea dejó de ser necesaria, empero, se realizó de todos modos porque ya se había programado:

Me toman la presión, la presión súper bien, me toman el azúcar, la azúcar bien, ya se me había pasado el dolor de cabeza [...].Y le digo [al cirujano]: "No, ¿y si mejor la cancela?", "no m'hija, ya te programaron, ya te lo tengo que sacar" [...]. Aunque yo ya estuviera bien ¿no? Pero ellos tenían que justificar el... el ¿cómo se llama? el código, el que por qué me iban a meter, pues nada más pusieron que por dolor de cabeza.

Vemos nuevamente cómo la opinión y el sentir de las mujeres es lo último en consideración durante la atención de sus embarazos. En este hospital importan más las normativas, importan más los datos en el expediente que lo que puede decir la mujer, ella fue un objeto sobre el cual se intervendría, del cual se obtendrían datos y se

actuaría conforme a ellos, pero esos datos no se obtienen preguntándole, sino picándola con agujas o conectándola a aparatos. No es escuchada, no es considerada. Decenas de personas hablan con ella, pero nadie la escucha, pues siempre hacen las mismas preguntas, con el sólo objetivo de rellenar esas hojas de papel que reciben mayor valor y credibilidad más que ella misma:

Me vio una doctora en gineco, de, mi ginecóloga, en urgencias. Me pasan a labor y fue otra doctora. Ah, en piso, fue otro doctor ¿no? En la mañana siguiente, fue otro doctor, el, te estoy hablando ya del jueves ¿no?, en la tarde fue otro doctor, en la noche, otro doctor; el viernes en la mañana, ya fue otro médico, otra doctora. Dices: "Augh. Tantos médicos diferentes y no saben nada de ti", porque todos te preguntaban exactamente lo mismo. Y los internos contestaban cosas diferentes.

Aparte de ello, nadie le explica nada de su condición, únicamente le informan, de un modo totalmente autoritario, lo que han decidido por ella y lo que harán, muchas veces sin siquiera justificación clínica:

Era por turno que me tomaran laboratorios, que me picaran y me tomaran gasometrías, cada cuatro horas, el destroxix, cuando dices: "ni siquiera eres diabética, durante el embarazo no tuve alteraciones en la azúcar ni nada, todo súper normal ¿como por qué, no?". Pues ya ¿no?, me dice: "no, son de rutina"

En este tipo de procedimientos, al parecer, no requieren presentar consentimiento informado, pero aun en aquellos procedimientos que sí lo requieren, la decisión tampoco es tomada por la mujer, sino que es forzada a tomarla, por ejemplo, la decisión de usar un método anticonceptivo:

Pasan las jefas de enfermería, de los diferentes turnos, pero no para preguntarte cómo te han atendido, cómo te sientes, no, lo primero que te dicen es: "¿y qué método anticonceptivo va a querer? — ¿no? — y más por su preeclampsia, señora". Y yo: "no, ninguno", "¿cómo de que ninguno?", "no. Tengo tantos años de casada, yo me sé cuidar y no he salido embarazada, hasta ahorita". "no, usted

se tiene que ir con uno". A fuerza y aferrada, necia, con que te tenías que poner uno.

Y como forma de coerción para obligar a decidirse por algún método, se les dice que ***una mujer no se puede ir de ahí si no tiene un método, este, de planificación familiar.***

Y la insistencia es permanente hasta que ella cede:

Y así te fregaban y te regañaban y te decían ¿no? hasta que tú les dijeras uno, y yo: "no, no, no, y no y no" [...]. Llega la de medicina preventiva y otra vez, fregando con el fregado, este dispositivo o lo que sea para la planificación. Digo: "¿sabe qué?" ya, póngame el, póngame el implante ¿no?" Así, en menos de cinco minutos me pusieron el implante. Para eso sí son muy buenos ¿no?

Por otro lado, más allá de las violencias institucionales, el trato por parte del personal de salud también llega a ser violento de diferentes maneras y eso es una constante entre diversos miembros del personal, como los camilleros:

Llega paciente y le dice el camillero: "gírese, madre. Apóyese con, con codos y talones", "oiga, pero es que no puedo, me duele. No, es que yo no la voy a pasar, yo na' más la veo". Y así como pudo la señora se pasó a su cama. Le dice: "me puede levantar la cama?", "ay, es que no sirve m'hija".

Y también algunas enfermeras, que contestan con molestia a las peticiones de algunas mujeres:

Le dice [una usuaria]: "¿sabe qué? es que me anda del baño", "¡Pues párese!". [...], "No, es que no siento la pierna", "Ash, le voy a pasar el cómodo, pero que sea la única vez, eh. Porque no puede estarla ahí pasándole el cómodo".

Además el modo de actuar como enfermeras resulta muy deficiente a decir de B, comparándolo con su propio quehacer profesional, particularmente en el turno nocturno, al grado que B describe sus noches como **"terroríficas"** porque

Las enfermeras no te hacen caso, te toman la presión cuando se les da la gana, cuando se supone que debe ser con un horario estricto, por la, el diagnóstico que tú tienes ¿no? Te la toman cuando se les da la gana, los medicamentos te los dan cuando se les da la gana [...] Las enfermeras platicando entre ellas, odiosas, no te ponen atención, nada ¿no? [...]. Te ponen un medicamento inyectable y lo que sea, destapan las agujas con la boca, ni siquiera se lavan las manos, el lavabo donde estábamos, para el sanitario, no tenía agua ¿no? La señora de la limpieza, con la misma jerga limpia todo. Dices guácala, qué asco ¿no? Según tienen un letrero que dice "antes de entrar a los cubículos lávese las manos", no hay jabón.

Todos estos factores contribuyeron a hacer la experiencia de B en extremo desagradable: el mal trato recibido por parte del personal, el desprecio de su opinión, las malas condiciones del hospital, el aislamiento de sus familiares, con solamente dos horarios de visita durante el día; el control total de sus actividades, al grado de que ***andan cuidando que no traigas celular***; el autoritarismo del personal médico que no le informaron sobre su estado, que no le permitieron tomar ninguna decisión, más aun, contravenían explícitamente sus deseos, ella pedía que quería ser dada de alta y el personal sólo hacía más y más pruebas y ante cualquier queja o resistencia por parte de B, más violencia vivía, a modo de castigo, como el prolongar aún más su estancia en el hospital:

Dice [la ginecóloga]: "no, están, están alterados [sus laboratorios]". Y yo: "¿cómo?", "sí, se han estado elevando las enzimas". "A ver ¿cómo de que se han estado elevando y no me dicen nada? [...] ¿por qué el médico de la mañana me, no me dijo nada? Él me dijo que salían, que salieron bien los laboratorios, y usted me está diciendo que están mal". "Pues cada quien tiene su criterio". Se enojó que hasta mi esposo le dijo: "¿sabe qué? pero no se enoje. Nosotros le estamos preguntando porque tenemos dudas, porque cómo es posible que un médico diga una cosa y otro diga otra cosa [...]. "No, pues cada quien tiene su, su criterio. Y no, no te vas de alta [...]. Te voy a mandar otros laboratorios". Digo: "bueno ¿son urgentes?". "No, no son urgentes" [...] hasta mañana, de rutina. [...] Ah y necesita un ultrasonido hepático para ver cómo está, si no también por ahí es el problema. Pero te aclaro —me dice— el ultrasonido no depende de nosotros eh, ese depende

de imagenología, como bien pueden darte cita para mañana, pasado, en una semana o hasta que ellos tengan tiempo ¿no? tengan un espacio disponible".

Resulta hasta irónica la manera de dirigirse a B, asignándole más pruebas, obligándola a pasar más días encerrada en el hospital, aparentemente a modo de castigo ante el cuestionamiento de su saber, de su autoridad. Ante esta situación tan desesperante, B decide pedir su alta voluntaria, una vez habiéndose informado con un médico conocido quien le dijo que en realidad no tenía nada grave. Pero este acto de resistencia no es tomado con agrado por el personal:

Solicito el alta voluntaria, este, la doctora se súper enojó, empezó a hacer sus comentarios ahí con, el pasillo ¿no? con el chisme con las enfermeras y demás, y dice: "pues estas pacientes ¿qué se creen? Pero, pues, si les va mal ese es su problema ¿no?" Las enfermeras: "no se vaya, señora, que no sé qué". "No, ya me voy, ya no aguanto estar aquí".

Nadie puede cuestionar las decisiones de los/as médicos/as dentro del hospital, todas las usuarias han de someterse a sus indicaciones, de modo que se molestan con cualquiera que no acate esas órdenes: **"¿qué se creen?"**.

Una particularidad del caso de B es que ella es enfermera, entonces conoce bien cómo es el ámbito de la salud, aunque es enfermera en un hospital privado, por lo que está familiarizada con un trato totalmente diferente al que ella experimentó. Su condición de enfermera fue un factor clave al momento de su atención, pues por un lado fue de ayuda, pues gracias a un médico conocido de su hospital se pudo informar para tomar la decisión de pedir su alta voluntaria, información con la que no muchas mujeres pueden contar, además, al revelar su profesión, tuvo acceso también a información que a otras mujeres no les es dicha por el personal:

[El pediatra] me dice: "no ¿sabes qué? le tomamos unos laboratorios", le digo: "¿y qué laboratorios le tomaron?". "pues laboratorios", "¿pues cuáles?", le digo, "pues unos laboratorios", "¿pues cuáles laboratorios?", "¿y para qué quieres saber?", "Pues porque es mi hijo", "no", y le digo, a él fue la tercera persona que

le dije que era enfermera, le dije: "pues porque soy enfermera —y le digo— y me interesa saber", "Ah, pues le tomamos una BH y, este, unas bilirrubinas"

Así que al reconocer en ella a otro miembro del personal de salud, mejoró el trato:

Le digo: "soy enfermera, tengo muchos años trabajando en la UCIN neo/ en la UCIN [Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales], le digo, y sé lo que me está diciendo". Me dice: "ah, bueno, estamos hablando el mismo idioma. 'tons no te estreses".

Al hablar el “mismo idioma” tuvo acceso a información “privilegiada”, que no es compartida con otras mujeres que no hablen ese idioma y son totalmente excluidas. No obstante, además de enfermera también era una mujer en el rol de paciente dentro de un hospital, por lo que todavía tenía que acatar las órdenes, bajo la lógica en que funciona el personal de salud, de modo que en una ocasión el confesar que era enfermera fue contraproducente, pues a ojos del médico que la atendía, como enfermera sabía que debía obedecer:

Le digo: "¿sabe qué? soy enfermera". No, pues peor, ¿pa' qué le digo? que soy enfermera. Me dice: "tú como enfermera pues sabes muy bien todo lo que te puede pasar y yo no te voy a dar de alta". [...] "Yo no te tengo amarrada aquí —me dice—, si quieres, vete. Pide tu alta voluntaria, ya sabes cómo debes de hacer el proceso ¿eres enfermera, no?"

Toda esta serie de violencias llevaron a B a vivir el proceso de nacimiento de su hijo como uno de los peores momentos de su vida, sensación que perdura meses después de ocurrido:

Fue el último día que he pisado ese hospital. Dije: "no quiero volver a ir ¿no? A ese hospital. Lo paso, paso por ahí, y me acuerdo, digo: "no", ha sido la experiencia más fea para mí, en lo personal, que he vivido.

En el caso de B es posible reconocer toda una serie de violencias institucionales que fueron las que la llevaron a una vivencia terrible del proceso de su atención hospitalaria. Sobre todo aquellas que tienen que ver con la burocracia, como el hecho de no tener una Trabajadora Social que supliera a quien estaba de vacaciones, la obligación de juntar sellos para poder tener acceso a su incapacidad de maternidad, la negación del servicio de ambulancia por razones incoherentes, y estas llegan un grado excesivo cuando le realizan una cesárea innecesaria por el único motivo de que se había activado un protocolo, que únicamente se implementó porque se ignoró el sentir de B, y porque ya se había “programado”. La burocracia se impone al bienestar de las mujeres, no se respetan sus tiempos, sus sentires, sus opiniones, ni siquiera su integridad corporal o su salud. Todo ello con consecuencias físicas y psicológicas a largo plazo, como resultó evidente, al revivir todo lo sufrido al pasar frente al hospital.

Los casos de S y de B resultan de mucho interés porque, pese a que ambas experiencias ocurrieron en contextos muy diferentes, una en el contexto de una localidad muy pequeña con limitado acceso a servicios de salud y otra en la Ciudad de México; y a que las situaciones de S y B son también muy diferentes, por ejemplo, S no podía pagar el costo “reducido” de su parto en un hospital público mientras que B tenía la posibilidad de costear un servicio privado, S tenía una escolaridad primaria, mientras que B es enfermera, S era madre soltera mientras que B es casada. Y así podría mencionar más condiciones contrastantes, pero de poco serviría hacerlo, puesto que es imposible afirmar, por ejemplo, que B posea más ventajas que S por “sumar” menos condiciones de opresión, pues ambas compartieron condiciones que parecen ser más determinantes para vivir una atención en el parto lleno de violencias: ser mujeres y ser atendidas en un hospital público.

Existen muchas coincidencias entre el tipo de violencias que sufrieron y que coinciden además con muchas de las otras participantes. En primero lugar puedo mencionar todas las políticas hospitalarias que piden un tratamiento rutinario de todas las personas que atienden, independientemente de sus particularidades. Así, tanto a S como a B las aislaron de sus familiares. Durante varios días permanecieron recluidas en el hospital,

en el caso de S por no tener dinero para pagar un servicio público, en el caso de B como castigo al cuestionar a una médica y por considerar de mayor valía un dato escrito en una hoja que la voz y el saber de B sobre su cuerpo. Dentro del hospital sólo resultan válidas las voces del personal y las cosas sólo pasan hasta que ellos/as lo indican, de manera que jamás se escuchó la negativa de B para que su hijo naciera por cesárea, de la misma forma que no escucharon a S cuando decía que algo no era normal. Finalmente, en ambos casos resultan evidentes varias situaciones de negligencia por parte del personal, siendo la más clara el abandonar por completo sus labores durante la noche para ir a dormir. También la falta de habilidad para realizar los procedimientos, como poner una venoclisis, de forma que ambas tuvieron que aguantar varios piquetes en los brazos para que les colocaran un suero o medicamentos, en un intervencionismo innecesario.

Capítulo 5. Discusión

Como expuse en el segundo capítulo, hacia finales del siglo XVII surgió un dispositivo de control sobre la sexualidad en la forma de cuatro formas de saber y de poder: histerización del cuerpo de la mujer, pedagogización del sexo del niño, socialización de las conductas procreadoras y psiquiatrización del placer perverso. Gracias a estos dispositivos, la sexualidad quedaría emplazada entre la disciplina del cuerpo (a través del control del niño masturbador y la mujer histérica) y la regulación de la población y la especie (estableciendo las funciones reproductivas del joven sano o la mujer madre). Es así que el dispositivo de la sexualidad asume su tarea de controlar a las poblaciones al controlar sus prácticas de reproducción, sus hábitos higiénicos y sus comportamientos sexuales. Regulación que pasa al poder de la medicina, la iglesia, la pedagogía y la economía (Foucault, 1977, 2009).

Siguiendo a Foucault, Patricia Amigot y Margot Pujal (2009) problematizan al género como dispositivo de poder, y como tal realiza dos funciones interrelacionadas: la producción de la dicotomía del sexo y de las subjetividades vinculadas a ella y la producción y regulación de las relaciones de poder entre varones y mujeres. Al considerar la categoría de género es posible apreciar, como no vio Foucault, que el dispositivo de la sexualidad opera de manera diferente en hombres y mujeres y en complicidad con el dispositivo de género relega a las mujeres a un rol subordinado.

En la misma línea, estas autoras señalan que “los dispositivos de poder no son neutros desde un punto de vista de género y deben visibilizar los procesos de subordinación femenina” (Amigot y Pujal, 2009, p. 128). A través de esta visibilización es posible ver cómo los cuerpos femeninos han sido sujetos a técnicas corporales normalizadoras en la sociedad occidental que van desde los preceptos médicos (como la patologización de las funciones corporales), religiosos (como la sanción a cualquier transgresión de las mujeres, tachándolas a la vez como pecadoras y objetos de pecado) y sociales (mediante normativas para una femineidad “adecuada”). Estos preceptos reducen a las mujeres a las funciones de reproducción y de cuidado de la población, además de despojarlas de un deseo activo, siendo sólo caracterizadas como objeto de deseo de otro (Amigot y Pujal, 2009).

Estos dispositivos han generado un discurso sobre el sexo y la sexualidad de las mujeres en el cual ellas son más objeto que sujeto deseante. La sexualidad en las mujeres no se relaciona tanto con el deseo como con la función biológica y maternal, es decir, la sexualidad femenina, dentro de este discurso hegemónico, es reducida a la reproducción sin placer (Amigot y Pujal, 2009).

Sacralización de la maternidad / censura a la sexualidad.

Y aquí surge una importante contradicción, por un lado, se tiene y se reproduce una idea de sacralización de la maternidad, la madre como reflejo y representación de la virgen María o la virgen de Guadalupe, figuras profundamente arraigadas y veneradas en el catolicismo mexicano. Por otro lado, existen un sinnúmero de violencias, maltratos, regaños y censuras hacia las futuras madres en los hospitales ¿A qué obedece esta contradicción? Si bien se venera la figura de la madre en nuestro país, sólo se venera un tipo de madre, sólo aquellas que se ciñen al ideal representado por la virgen son garantes de devoción, esto es, la madre humilde, perfecta, sumisa, sacrificada y sobre todo, sin acceso al placer sexual, pues la virgen María concibió por intermediación del Espíritu Santo, es decir, de manera deserotizada y asexualada. Así, el cuerpo embarazado se convierte en un signo y símbolo de la negación del erotismo femenino y así se reafirma la castidad como principio erótico de las mujeres, sin derecho al goce, para ser como María (Marcela Lagarde, 2015).

Las mujeres sí deben ser madres, pero al mismo tiempo deben ser castas. Así que en los hospitales se critica el acto sexual que llevó al embarazo, se ridiculizan los gritos de dolor preguntándoles si cuando “cogían” gritaban de la misma manera, que “ahí sí estaban bien puestas” y “cómo entonces no se quejaban” (Participante 5e). Además de acallar sus gritos diciéndoles que aguantaran el dolor, pues la visión tradicional es que la mujer está destinada a la maternidad, la cual significa sacrificio. Las mujeres han de pagar una especie de tributo por el placer sentido en el acto sexual, esto es, un parto doloroso.

Igualmente, se ve el cuerpo de la mujer como objeto, como “una matriz para cumplir la encomienda de la sociedad en atención a los designios de la naturaleza o de la divinidad engendrar a los hijos, ser su recipiente, su envoltura, su placenta, su leche”

(Lagarde, 2015, p. 172). Y para obligarla a ser su leche, se romantiza la lactancia materna, se relaciona amamantar con amar y se crea la idea de que sólo a través de la lactancia materna se da el amor maternal, de modo que si una madre no amamanta a su bebé lo que le está negando es el afecto (Lagarde, 2015). Así sucedió, por ejemplo, el caso de la participante 16h, a quien le dijeron que tenía que querer más a su bebé porque no había intentado darle de comer al no querer despertarle, cuestionando así su papel como “buena madre”. Conjuntamente, se niega la utilización de fórmulas lácteas en todos los casos, de modo que si la madre no puede o no desea amamantar a su bebé, él o ella no comerá nada. Y la razón de la prohibición del uso de cualquier sucedáneo de la leche materna, paradójicamente, es para que el hospital tenga la etiqueta de “hospital amigo del niño y de la niña”, que significa que sigue las recomendaciones internacionales de fomento de la lactancia materna exclusiva.

La disciplina del cuerpo. Violación de los derechos sexuales y reproductivos como para la regulación de los cuerpos gestantes.

El anterior es un claro ejemplo de cómo ha fracasado la implementación de las políticas de las OMS (1985) para lograr el parto humanizado, pues sus recomendaciones son traducidas en los mismos términos en los que ya funcionan los hospitales y al tratarse únicamente de recomendaciones y no de cambios estructurales, terminan generando más violencias bajo la etiqueta de “parto humanizado”. Por ejemplo, la idea de fomentar la lactancia materna, incluso antes de que la madre salga de la sala de parto se convierte en prohibir a todas las usuarias la utilización de fórmulas lácteas y separarlas rutinariamente de sus bebés al nacer; la recomendación de que las mujeres no deben ser colocadas en posición de litotomía y deben ser libres de caminar durante el trabajo de parto y elegir la posición que deseen durante el parto, es transformada en que pueden adoptar cualquier posición, pero sin levantarse de la camilla. Se dice a las mujeres, de acuerdo con las recomendaciones, que la episiotomía no es procedimiento rutinario, pero a todas las participantes de la segunda etapa de esta investigación que tuvieron un parto se les realizó este procedimiento. La OMS recomienda que no se administren analgésicos o anestésicos rutinariamente, pero esto se traduce en que a ninguna le pondrán anestesia, aun si lo solicitan. Y así ocurre con

cada una de las recomendaciones, que se vuelven inútiles al aplicarse en los mismos términos fallidos en que opera el sistema, violando de tal manera los derechos que las mujeres tienen en el parto.

En un terreno más macro, este control sobre el embarazo y sobre los cuerpos de las mujeres sirve como una estrategia de la biopolítica (Foucault, 2008), la cual se dirige al control de la población, de su natalidad, de sus hábitos higiénicos, etc. Para tales efectos, la medicina actúa como una instancia reguladora y ese control se realiza a través de los dispositivos ya descritos y por medios más evidentes, por ejemplo, en esta investigación fue posible apreciar el control de la reproducción que hace el personal de salud al *obligar* o forzar a las mujeres a colocarse un DIU²⁸ justo después de su parto, como medio para cumplir con sus políticas de que ninguna mujer se vuelva a embarazarse durante el año siguiente, bajo el argumento de que se hace para reducir la tasa de mortalidad materna. Por otro lado, a una de las participantes (5h), que no deseaba ya tener más hijos/as, le negaron tener un método anticonceptivo definitivo por considerar el personal que a sus 26 años estaba “muy chica” para tomar esa decisión. Se considera pues, que las mujeres jóvenes no pueden decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. Otra muestra de ello son las críticas que recibió una de las participantes que era adolescente al momento de su parto, a quien le dijeron: “una niña cuidando a otro niño” y “ni saben a lo que se meten, pero ahí van” (Participante 52), haciendo alusión a que el campo de la sexualidad debería ser algo desconocido para las adolescentes, pues como lo menciona Foucault (1977) la actividad sexual en el niño tiene peligros físicos y morales, por lo cual las familias, los educadores, médicos y psicólogos no sólo están autorizados a controlarla, sino que deben hacerlo, violando así claramente el derecho de las adolescentes a decidir sobre su cuerpo, a ejercer y disfrutar su sexualidad, a decidir sobre su vida reproductiva, a vivir libres de violencia y discriminación y a la privacidad e intimidad.

Por desgracia, estos no fueron casos aislados, la esterilización coercionada fue una constante entre las participantes a quienes entrevisté en el hospital y fue la violencia más evidente de todas. Desde el momento en que llegan al hospital, además de sus datos de identificación se les solicita escribir el método anticonceptivo que

²⁸ Dispositivo Intrauterino.

utilizarán después del embarazo, no se les pregunta si lo desean, se les pide que lo elijan. Además, únicamente se ofrecen dos opciones: el DIU y la OTB²⁹ o salpingoclasia³⁰, sin embargo, esta última no está disponible a todas las usuarias, pues como se señala en el párrafo anterior, las mujeres “muy chicas” no pueden optar por este método; si aún están en la edad reproductiva “ideal”, deben escoger el DIU, sin importar su derecho a decidir sobre el número de hijos/as que quieren tener o el espaciamiento entre ellos, o su derecho a recibir información sobre el resto de métodos contraceptivos. Y tampoco es lícito pensar más allá de esas “opciones”, por ejemplo, la participante 8e refirió que llevaba años usando el condón como método y le había funcionado, pero eso no era opción para el personal, de modo que en cada turno una enfermera insistía mediante regaños, humillaciones o descalificaciones que debía elegir otro método, hasta que la forzaron a firmar y lo hizo únicamente para que le permitieran salir del hospital y para que dejaran de acosarla con tanta insistencia.

Resulta entonces evidente cómo las participantes de esta investigación vivieron graves violaciones de sus derechos y es una constante en muchas clínicas y hospitales ¿Qué permite que esta violación de derechos resulte impune? La medicina se encuentra autorizada como una de las instituciones encargadas administración del biopoder y como tal, más que la persecución de estas violaciones, son apremiadas y fomentadas por las mismas políticas institucionales, como el promover la esterilización forzada o coercionada para reducir la mortalidad materna.

El conocimiento científico como único saber autorizado.

Sumado a esta autorización conferida por el Estado a la medicina, aparece otra más que tiene que ver con la importancia de la ciencia en la sociedad actual. La medicina es una de las subdisciplinas que forman a las ciencias de la salud, que basan su conocimiento en los supuestos de neutralidad y objetividad y una práctica basada en evidencia y guiada por una teoría (Bellón, 2014). Sin embargo, como ha sido puesto en evidencia por pensadoras feministas como Sandra Harding (1987), la neutralidad y objetividad de la ciencia son imposibles, más aún, la pretendida objetividad y

²⁹ Oclusión Tubaria Bilateral

³⁰ Esto es en el caso del hospital en que realicé las entrevistas, al parecer no es algo generalizado, pues a la participante 8e le colocaron un implante subdérmico en otro hospital del IMSS.

neutralidad tienen fines políticos, que sirven para legitimar las ideologías hegemónicas, por ejemplo, mediante la reproducción de estereotipos que abonan a la estigmatización de grupos oprimidos.

Así, la medicina resulta una herramienta útil al poder, y en tanto medicina científica, esta disciplina junto con quienes la ejercen son colocados/as como unas de las principales autoridades de la actualidad, con poder para decidir y definir los parámetros de normalidad y patología (Foucault, 1977). Es así que el personal de salud y en particular los y las médicas, son poseedores/as de la más alta jerarquía dentro de las instituciones hospitalarias y debido a ello se les confiere un saber legítimo, un “conocimiento autoritario”³¹ (Brigitte Jordan, 1997, en Bellón, 2014), que resulta el único válido dentro de ese contexto. Todo otro saber debe ser filtrado por el suyo para ser considerado válido. Es así que varias de las participantes señalaron el haber sido ignoradas, que sus sentires fueron descalificados y ningún procedimiento se llevaba a cabo hasta que un/a médico/a así lo indicaba al confirmar lo dicho por las mujeres. Como el caso de la participante 5e, quien sintió que algo no estaba normal en su proceso, sintió que su bebé ya estaba naciendo, pero no fue escuchada, fue hasta que el médico confirmó que su hija ya estaba “coronando” que comenzó su proceso de atención.

Además, el personal se vale de las máquinas y exámenes médicos “objetivos” para invalidar esos conocimientos “ingenuos” expresados por las mujeres y es hasta después de realizar análisis de laboratorio o de conectarlas a alguna máquina, que sus sentires son confirmados, inclusive los saberes sobre su propio embarazo, por ejemplo, la participante 8e, a quien “no le creyeron” que estaba embarazada hasta que le realizaron pruebas de laboratorio en el hospital.

Violencia invisible, violencia agradecida.

En tanto poseedores/as de un conocimiento autoritario los y las obstetras tienen lícito ejecutar distintas violencias con total impunidad y en ocasiones esas violencias llegan a ser agradecidas. Mención especial requieren los resultados acerca de la realización de la maniobra Kristeller. Algunas participantes sintieron como mucha ayuda

³¹ *Authoritative knowledge* en el original.

la ejecución de esa maniobra, misma que está prohibida por las recomendaciones internacionales para la atención del parto debido a que pone en riesgo la integridad del periné, provocando que haya desgarros más fácilmente. Este resultado fue inesperado, aunque no inexplicable. Como mencioné en un capítulo previo, la razón por la cual las mujeres llegan a sentir el uso de una maniobra contraindicada por su peligro como una ayuda se debe a toda la serie anterior de procedimientos innecesarios que hicieron necesario el uso de la maniobra: el obligar a las mujeres a permanecer postradas en una cama, impidiéndoles caminar, cambiar de posición o levantarse, enlentece el proceso de parto, que llega a ser de horas. Esto lleva al agotamiento de las mujeres, quienes ya no tienen energías para pujar durante el período expulsivo y menos si deben pujar contra la gravedad al hacerlo acostadas boca arriba para la comodidad del o la obstetra, por lo que requieren “ayuda” para que su bebé salga. Ciertamente al final disminuye el dolor y las mujeres lo agradecen, pero ese mismo dolor fue provocado por todas las intervenciones previas también innecesarias y muchas de ellas también contraindicadas. El hecho de que las mujeres lo perciban como ayuda tiene que ver también con la nula información que reciben por parte del personal acerca de cómo será el proceso y cómo va evolucionando, con el desconocimiento de las mujeres de su derecho a elegir la posición deseada para parir, con la negligencia institucional de no tener camas adecuadas para un parto vertical y en general con todo el modelo de atención tecnocrático del parto bajo el cual una intervención contraindicada se vuelve necesaria gracias a la realización de una intervención innecesaria anterior.

Las mujeres, entonces, no tienen agencia o autonomía dentro del hospital, son sometidas en ellos a una situación de extrema vulnerabilidad, son puestas en cautiverio (Lagarde, 2015), pues “han sido privadas de autonomía vital, de independencia para vivir, del gobierno sobre sí mismas, de las posibilidad de escoger y de la capacidad de decidir sobre los hechos fundamentales de sus vidas y del mundo” (p. 61). Por lo tanto, sus voces no son escuchadas y sus opiniones no son tomadas en cuenta, ni siquiera las opiniones sobre sus propios cuerpos, de manera que el personal decide de una forma totalmente autoritaria qué procedimiento realizar, sin explicarle a la mujer y mucho menos consultarlo con ella, únicamente es pedido su “consentimiento” en las situaciones que la burocracia de las instituciones lo demanda, que es cuando necesitan

una firma en un formulario de “consentimiento informado”, aunque en algunas de las participantes, ni siquiera ese papel fue firmado por ellas, sino que el personal buscó a sus familiares para pedirles su autorización. Podría argumentarse en el caso de la participante 1e, que la razón de esto fue que era menor de edad, pero la participante 60 tenía 23 años y tampoco le permitieron firmar el consentimiento, sino que buscaron a algún familiar para que autorizara la cesárea. Esto se repitió en otras participantes y en la mayoría de los casos el familiar fue su esposo, otro varón decidiendo sobre el cuerpo de la mujer.

La asistencia “gratuita” como factor de riesgo.

Un aspecto que resultó muy evidente en las entrevistas es la diametral diferencia de trato existente entre las instituciones en el sector público y las privadas. La mayor parte de las violencias, así como las más graves y evidentes ocurrieron a las participantes que fueron atendidas en hospitales públicos, mientras que en la mayoría de los casos, aquellas que pudieron acceder a un servicio privado hablan de excelentes tratos, personal ético, profesional y amable. Cassiano, et al. (2016) encontraron los mismos resultados y hablan de cómo la atención en el ámbito privado es cuidadosa, todas las acciones realizadas son explicadas a las mujeres y son bien ejecutadas por el personal. Por el contrario, la asistencia vista como “gratuita” en el sector público es vista como un gesto generoso, hecho por el cual las violencias ahí recibidas deben ser aceptadas y soportadas sin explicación ni cuestionamientos.

No obstante, aunque no resulten tan frecuentes y evidentes como en el sector público, en el ámbito privado sí ocurren violencias, por ejemplo, la explotación económica, al tratar los y las obstetras de obtener el mayor beneficio económico a costa de las usuarias o sus bebés, indicando tratamiento innecesarios o mediante la realización de cesáreas innecesarias. También se ejercieron violencias físicas y psicológicas en un hospital privado, aunque estas sucedieron, en el caso de la participante 4, cuando se encontraba aislada de sus familiares, en el quirófano.

Este es un aspecto crucial que favorece la existencia de las violencias, pues al aislar a las mujeres de sus acompañantes son desprovistas de un apoyo social. Al entrar al hospital son despojadas de sus ropas y todas sus pertenencias, son

introducidas en un lugar desconocido, en el que se encuentran totalmente solas, sin saber qué va a pasar con ellas, con sus cuerpos, qué procedimientos les harán, etc., se encuentran a merced del personal, que suele estar en su contra, pues se alían para acallar cualquier atisbo de resistencia, por ejemplo, si no quiere acatar las órdenes médicas, alguien más del personal se da a la tarea de “convencerla”, al decir, por ejemplo, que si no hace caso peligra la vida de su bebé. Y lo cierto es que el no permitir que una persona acompañe a las mujeres durante todo el proceso no tiene justificación alguna. Se argumenta que es para proteger la intimidad de otras mujeres en el caso de que entren acompañantes hombres, pero el sólo hecho de que muchas mujeres estén en la misma sala totalmente expuestas es en sí ya una violación a sus derechos. En realidad, si otra persona estuviera presente, sería más difícil actuar como lo hacen. Algunas participantes señalan lo diferente que sería el proceso si estuvieran acompañadas, pues “una se siente más valiente con alguien” (Participante 8h).

La formación médica como detonante de la Violencia Gineco-Obstétrica.

El objetivo de estos comentarios no es señalar a las personas agresoras en lo individual, sino denunciar el problema como estructural, pues la VGO ocurre tanto en servicios de salud públicos como privados, tanto en ciudades como localidades pequeñas, en diversos estados de la república y es ejecutada tanto por personal de obstetricia, como pediatría, anestesiología, enfermería y en general cualquier miembro del personal de salud. Retomando a Castro y Erviti (2015), en relación a los/as médicos/as, el problema viene de su misma formación en las facultades de medicina, en donde son introducidos/as en un campo sumamente autoritario y con jerarquías inamovibles en donde el aprendizaje se da con base en castigos. Conforme van avanzando en este sistema de jerarquías, van reproduciendo hacia abajo la misma estructura, castigando y regañando a aquellas personas en los niveles inferiores. Las mujeres ocupan el nivel más bajo en la jerarquía, de modo que reciben todos los castigos, regaños, etc., provenientes desde arriba.

Además de la formación con base en jerarquías, también se forma a los/as estudiantes en la idea de que como médicos/as son figuras de mucho poder en la sociedad, garantes de respeto y se forma una representación de esa figura basada en

el simbolismo de la bata blanca, que usan aun cuando no es necesaria, por ejemplo, en sus clases en la Facultad, y gradualmente se vuelve parte de su identidad. Y basada también en el trato como “doctor” o “doctora” desde sus años de estudiantes (Castro y Erviti, 2015).

Y un último aspecto que favorece la existencia de la VGO y es enseñado desde la formación académica es el disciplinamiento de género, que tiene que ver con los estereotipos de género reproducidos en las facultades que dificultan más el trayecto de las estudiantes mujeres que sus contrapartes varones para lograr sus propósitos académicos. Las estudiantes de medicina se enfrentan a diversas agresiones en la aulas por parte de sus profesores, como acoso u hostigamiento sexual o descalificaciones que hacen referencia a que las mujeres no deberían estudiar la carrera, pues sería secundaria a su rol como madres o esposas (Castro y Erviti, 2015).

Desde el inicio de su formación como médicos/as, las y los estudiantes incorporan gradualmente en sus subjetividades las estructuras del campo médico, al grado de que luego la reproducen de forma irreflexiva, y para esta subjetividad autoritaria, androcéntrica y misógina, las diversas formas de VGO resultan invisibles, pues es su manera usual de proceder.

Violencia Gineco-Obstétrica institucional

Y además de que las instituciones médicas forman a las/os estudiantes para pensar, ser y comportarse de esa manera, crean políticas para reforzar esas actuaciones y en forma de burocracia abona a la vulneración de los derechos de las usuarias. Las violencias institucionales fueron unas de las más evidentes para las mujeres que participaron en esta investigación, quienes narran, por ejemplo, el ser aisladas de sus familiares al ingresar al hospital, la falta de recursos en los hospitales, reflejado en la falta de personal, falta de ambulancias para poder realizar traslados, falta de espacio para poder atender a todas las mujeres que solicitan los servicios, entre otras. Todos estos factores, directa o indirectamente, llegan a ser generadores de la VGO.

De manera indirecta, la falta de insumos en los hospitales, las condiciones de trabajo sumamente demandantes debido a la sobresaturación de los servicios que tiene

que ver con falta de personal, los salarios bajos, escasos estímulos para el personal, elevada carga administrativa debido a la burocracia, equipos obsoletos, falta de espacio y provisión de medicamentos de baja calidad, favorecen que el personal ejerza VGO (Bronfman, et al., 1997).

De manera directa, las políticas hospitalarias vulneran los derechos de las mujeres, por ejemplo, mediante la anticoncepción forzada discutida anteriormente, pero también mediante la negación de la entrada al hospital hasta que las mujeres tengan determinados centímetros de dilatación del cuello uterino, provocando que sean regresadas en varias ocasiones a sus casas a pesar del insoportable dolor. También mediante el desabasto en las clínicas de localidades alejadas de las ciudades, que no cuentan ni con material ni con personal necesario para atender a las mujeres y deben ser referidas a otro hospital mediante un sistema lleno de deficiencias conocido como sistema Referencia/Contrareferencia. Este sistema tiene como propósito que en todos los niveles de atención se tenga un documento normativo que facilite la atención de los/as pacientes que soliciten los servicios de salud. Referencia es el procedimiento por el cual la usuaria es canalizada a otra unidad con mejores recursos para que pueda recibir la atención adecuada. Contrareferencia es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de salud, se regresa a la usuaria a la unidad que la refirió en primer momento para continuar con un seguimiento de su atención (Susana Collado, 2014). Pero este sistema es ignorado en la mayoría de las ocasiones, como pudimos ver en algunos de los testimonios, por ejemplo, en el caso de la participante 5e ni siquiera tenían los papeles para hacer la referencia, por lo que tuvo que esperar horas para que llegaran estos y además la clínica tampoco contaba con ambulancia para hacer el traslado. Otro caso es el de la participante 11, a quien le dijeron que se fuera a otro hospital por la falta de espacio en el que acudió, pero la referencia se hizo de manera informal, sin acudir al sistema de Referencia/Contrareferencia para garantizar que el otro hospital la aceptara sin tener que pasar nuevamente por todo el proceso de admisión. Más aún, sin informarle en qué otro hospital podría buscar la atención.

Al ignorar este sistema para evitar cualquier tipo de repercusión legal (pues al firmar la hoja de referencia asumen la responsabilidad de la usuaria), las y los médicos no orientan a las mujeres sobre otro sitio al que podrían acudir, además de que retrasa

la atención en el siguiente hospital y en vez de ser un sistema que garantice la atención de las mujeres, se vuelve un “sistema de multi-rechazo” (Collado, 2014).

Matriz de opresión. Perspectiva interseccional de la VGO

Viéndolo de esta forma y aunque no pretendo restar toda la responsabilidad a quienes ejecutan las violencias, es difícil ver el fenómeno de la VGO como un fenómeno individual sino que es una situación estructural, sostenida por varios sistemas de dominación, como el sistema patriarcal, la medicina científica o el sistema capitalista, que forman un entramado en el que se introducen las mujeres y son vistas como objetos sin autonomía, como cuerpos patológicos que intervenir o como úteros con un producto que hay que obtener.

Y si de entrada las mujeres son vistas en estos términos, la situación se vuelve aún más compleja y aún más difícil cuando vemos cómo otras características entran en juego, como su edad, su etnia, su clase económica, la localidad en la que viven, su orientación sexual, entre otras, que las colocan como oprimidas bajo el esquema del sistema hegemónico. Es por ello que es necesario, para llegar a comprender de manera más amplia este problema, pensarlo de manera interseccional, viéndolo como “un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Crenshaw, 1989, en Cubillos, 2015, p. 122) y que organiza globalmente el poder a la vez que presenta diversas manifestaciones locales, a partir de una configuración histórica y social particular (Patricia Hill, 2000, en Cubillos, 2015). Por lo que más que tratarse de distintas condiciones que se suman y resultan en una mayor o menor condición de vulneración, los diferentes sistemas de opresión se constituyen mutuamente y están en constante interacción e interdependencia y de forma dinámica, de modo que algunas personas o grupos pueden estar a la vez en una posición de opresor y oprimido.

De tal manera que es posible apreciar en las entrevistas cómo el hecho de ser atendidas en hospitales privados, en la mayoría de los casos supuso una mejor atención, entrando en juego ahí la condición de clase, no obstante, una vez aisladas de sus familiares, sí se encontraron en una posición de vulnerabilidad y llegaron a recibir violencias. El hecho de vivir en una localidad de pocos habitantes, alejadas de una

ciudad y en una zona de pueblos originarios también complejizaron el proceso de algunas de las participantes, quienes tuvieron que hacer un viaje de horas para poder llegar al siguiente hospital, además en uno de los casos, el hijo de una de las participantes (7e) fue víctima de racismo, pues dijeron que estaba feo por ser “morenito”. Otra de las condiciones que favoreció la presencia de VGO fue el ser madres adolescentes y también el extremo opuesto, el tener más de 35 años, pues son tratadas como “pacientes con embarazo de alto riesgo”, únicamente por su edad, independientemente de cualquier condición de salud.

Desde luego que no se trata de sumar estas características de modo que aquellas personas con más de ellas sufrieron más violencias, pero sí es posible ver cómo en algunas participantes interactúan varias condiciones de opresión y de la misma manera, fueron víctimas de una mayor cantidad de formas de violencia.

Adicionalmente, es preciso decir que cada experiencia de cada una de las participantes se construye de un modo único y debe ser entendida en su particularidad, por lo tanto, una de las principales limitantes de esta investigación es que se conocen pocos datos de la mayoría de las participantes. Los testimonios de las participantes en la primera etapa de la investigación no permiten conocer gran cosa acerca de quiénes son esas mujeres, limitándose a algunos datos puntuales como su edad, escolaridad, tipo de establecimiento de atención, y localidad en que fueron atendidas. Mientras que durante la segunda etapa de la investigación, el mismo contexto constituyó un obstáculo para la realización de las entrevistas, pues las mujeres recién habían sido atendidas, aún estaban en el hospital, algunas de ellas aún no habían visto a sus bebés y además, yo fui leído como un miembro más del personal, fui presentado ante ellas como “doctor” y en un inicio fui instado a usar una bata blanca. Todo ello constituyó un obstáculo para establecer un buen *rapport* con las participantes, quienes en su mayoría hablaron de haber recibido un buen trato y de no tener ninguna queja, aunque en ocasiones fuera evidente que no era de tal modo. Esto me hace pensar que quizás el temor a sufrir alguna represalia impidió que varias de ellas hablaran abiertamente al respecto.

Pero también puede ser que ante una experiencia tan reciente no hayan aún reflexionado sobre todo el proceso y todavía no han sido conscientes de que han sido

violentadas. En una investigación realizada por Kruk, et al. (2014, en Bohren, et al., 2015), en Tanzania, encontraron que 19.5% de las participantes dijeron haber sufrido maltrato durante su parto al realizarles una encuesta durante su estancia hospitalaria, pero esta cifra subió al 28.2% cuando se les volvió a realizar la encuesta cinco a diez semanas después de su egreso. Es posible que al estar insertas en la dinámica hospitalaria y con las emociones a flor de piel, las participantes no hayan sentido algunos de los procedimientos o el modo de ser tratadas como violencia, en cambio, aquellas participantes en quienes ya había transcurrido un tiempo después de su parto, fueron más conscientes de las violencias.

Desde luego, cabe la posibilidad de que, como mencionó una participante (participante 8h), “las cosas ya no sean como antes” y el hospital en que realicé esas entrevistas realmente brinde un buen trato a las usuarias, pero el resto de los resultados presentados hacen dudar que eso sea cierto. Más bien se trata de una dificultad para conceptualizar ciertas acciones como violencia, lo cual tiene que ver con lo ya dicho previamente sobre la hegemonía de la práctica médica y el conocimiento científico, que llevan a las mujeres a considerar que lo que hace el personal es únicamente para buscar su bienestar o el de su bebé, o pensar que “saben lo que hacen”. Y esto está muy relacionado con la naturalización de la violencia, pues la representación social del parto es desde una mirada tecnocrática, pues a través de los medios de comunicación y de la comunicación de experiencias de otras mujeres se muestra cómo son atendidos los partos: acostadas en una cama, obedeciendo las indicaciones del personal y soportando el dolor, pues al final valdrá la pena.

La dificultad de ver la VGO también tiene que ver con la desinformación de las mujeres en relación a cómo será el proceso del parto y el desconocimiento de sus derechos durante el mismo, pues a pesar de que las generalidades del proceso se reproducen socialmente, no están familiarizadas con lo que sienten sus cuerpos o con lo que pasará una vez dentro del hospital o qué procedimientos les realizarán y más que disminuir, esta desinformación aumenta cuando les hablan de estos procedimientos, pero mediante un lenguaje técnico incomprensible para la mayoría de ellas, que sólo aumenta sus miedos. Otro factor que influye es la violencia simbólica presente en las mismas mujeres, quienes son socializadas para soportar el dolor,

sacrificarse por sus hijos e hijas, ser sumisas y obedientes e incluso a no gritar, no quejarse y no reclamar durante su estancia en el hospital a modo de defensa para no recibir más agresiones o no poner en peligro la vida de sus bebés si el personal se negara a atenderlas por reclamar.

Las enfermeras ¿Agresoras o víctimas?

Una vez más debo decir que la intención de este trabajo no es señalar directamente al personal de salud, pues aunque no me parece justificable el tratar de forma tan deshumanizada a una persona, hemos visto cómo el problema es más de índole estructural y en muchas ocasiones resulta hasta difícil para el personal no ejercer algún tipo de violencia. Los problemas están en el sistema mismo, por ejemplo, llama la atención que sean las enfermeras las principales personas que son señaladas como generadoras de la violencia. Esto puede obedecer, en primera instancia a un tema de género, en el sentido de que la mayoría de obstetras son varones y la mayoría de enfermeras, mujeres³². Además dentro de la jerarquía hospitalaria es considerada superior la posición del obstetra. Debido a ello, es posible que sus acciones sean percibidas de diferente manera y la misma acción sentida como agresión de parte de la enfermera pudiera ser considerada normal si proviene de un o una obstetra. Por otro lado, las enfermeras están en contacto directo con las usuarias más tiempo que los y las obstetras, por lo que la mayor interacción puede relacionarse con mayores violencias. Esto en el sentido que también las enfermeras están dentro de la sala en la que “se contagia el miedo y la histeria” (Participante 1), y ellas están expuestas a ello durante al menos 8 horas, todos los días. Además, como fue evidente en algunos de los testimonios, también ellas reciben regaños y órdenes por parte de los y las obstetras, también están sujetas a violencias, lo cual puede devenir en un síndrome de desgaste profesional (*Burnout*) considerable y niveles altos de estrés que favorecen el que actúen de esa manera. En un estudio (Cheryl Beck y Robert Gable, 2012, en Olza, 2014) se mostró cómo algunas enfermeras mostraban signos de trastorno por estrés postraumático debido a que presenciaban continuamente lo que definían como partos

³² Me refiero a quienes atendieron a las participantes. Aunque no pregunté directamente este dato, dentro de sus narraciones fue más común que se refirieran en masculino al personal médico y en femenino al personal de enfermería.

abusivos por parte de las y los obstetras y se sentían como “cómplices de un crimen” o “como si estuviera presenciando una violación” (p. 81). Se sintieron culpables y decían que habían fallado a sus pacientes al no defenderlas ni cuestionar las cosas que estaban haciendo las y los obstetras. Aunque dentro de un sistema tan autoritario también es poco lo que pueden hacer en defensa de las usuarias. Después de todo, las enfermeras también son mujeres dentro de un hospital y aunque jerárquicamente estén sobre las pacientes, siguen siendo subordinadas a los obstetras. Además, tal como la voz de las usuarias es menospreciada, también lo es el rol de las enfermeras, puesto que su función obedece a los estereotipos de género femeninos de “esposas” de los médicos en su función de ayudantes, “madres” de los y las usuarias, encargadas de su curación y cuidado y “trabajadoras domésticas” de los hospitales (Ana García, Ana Ainz y Manuel Botella, 2004). Y en tanto mantienen esa posición de subordinación son también víctimas de violencias de género.

Por ende, antes de saltar a conclusiones apresuradas del tipo que también las mujeres son violentas y por tanto la VGO no es violencia de género, es preciso pensar también en su condición de mujeres en un espacio masculinizado, es preciso pensar que se ven sometidas también a una serie de violencias. Por lo tanto, también es crucial preocuparse por quién cuida a las cuidadoras y sería necesario conocer más acerca del sentir de las enfermeras, sobre sus condiciones de trabajo y sobre cómo tratan con la emocionalidad que supone estar dentro de la sala de partos durante tanto tiempo. La mayor parte de los estudios que buscan explicaciones sobre la VGO se centran en el personal médico, por lo que es necesario investigar también las violencias generadas por el resto del personal e indagar sobre las causas de esto, a la vez que crear espacios en los que el personal de salud pueda trabajar sus emociones y sentires sobre lo vivido en su cotidianidad podría ayudar a dejar de normalizar las violencias y a reducir los niveles de estrés, que son identificados como predictores de más violencias.

Resistencias.

Como un último punto, más allá de las violencias vividas por las mujeres, es imperativo decir que estas no se aceptan de modo pasivo. No hay que caer en una victimización de las mujeres, pues existen también resistencias ante las violencias

vividas, no obstante, todo el sistema se organiza para borrar cualquier tipo de insurrección, pues todas las estrategias se dirigen a colocar a la mujer en una posición de indefensión, aislada, desinformada y cada intento de resistencia es respondido con mayor violencia por parte de todo el personal, lo cual genera miedo en las mujeres a no ser atendidas, miedo por la vida de sus bebés o de que el maltrato se dirija hacia ellos o ellas. Y aún en contra de todo eso, varias participantes sí expresaron abiertamente su rechazo a los malos tratos y discutieron con el personal en defensa de sus derechos o se negaron definitivamente a la realización de algún procedimiento, a ser atendidas por estudiantes inexpertos/as o a ser tratadas del modo en que eran tratadas y solicitaron su alta voluntaria, combatiendo los mandatos del personal de salud y sorteando todos los obstáculos que supone ir en contra de ellos, soportando más burlas y humillaciones.

Aunque las participantes que señalaron haberse negado a la realización de algún procedimiento o reclamar abiertamente porque no se estaba haciendo de la manera adecuado, fueron mujeres que tenían información al respecto, como ejemplo los casos de dos participantes que son enfermeras y sabían que no era correcto lo que les hacían, pues sabían cómo se debía realizar el procedimiento de la forma adecuada o sabían que tenían derecho a pedir un alta voluntaria (participantes 14h y 8e), conocimientos que no son accesibles a la mayoría de las mujeres. En esas otras mujeres, empero, se presentaron formas distintas de resistencia, que si bien no fueron exteriorizadas como las descritas en el párrafo anterior, sí dan cuenta de que las mujeres son plenamente conscientes de la precariedad de la situación en los hospitales y comentan que las cosas deberían cambiar, que el parto no debería ser tan intervenido, que el personal debería ser empático y estar sensibilizado con la manera en que las mujeres viven el proceso y deberían ser una fuente de apoyo, más que un obstáculo para vivir sus procesos de forma placentera.

Por desgracia, son pocas las mujeres que refieren este tipo de resistencias, pues la mayoría de ellas son desprovistas de agencia por toda la estructura hospitalaria, que se acomoda para perpetuar la producción y reproducción de violencias para controlar los cuerpos de las mujeres y para hacerlo de modo que toda violación de derechos permanezca impune. Las principales formas a través de las cuales se logra esto son la desinformación y el aislamiento. Ambas situaciones ya fueron discutidas previamente,

pero aquí quisiera ahondar un poco más en la desinformación en relación con los derechos de las mujeres en el parto, los cuales incluyen el derecho a ser informadas de todos los procedimientos que se realizan, su finalidad, sus riesgos, sus consecuencias y hacerlo de forma comprensible, considerando la vulnerabilidad física y psíquica por la que atraviesan, pues el uso de jerga técnica es una de las principales formas de excluir a las mujeres de las decisiones sobre sus cuerpos y su salud, sólo informando lo mínimo necesario y mediante tecnicismos para sonar más convincentes y conseguir la firma para el consentimiento. Otros de los derechos en el parto son la libertad de elegir la posición para parir, elegir que la monitorización se continua o intermitente, elegir entre caminar o permanecer en la cama, elegir si se desea anestesia o no, si se desea apoyo emocional durante el parto y ser acompañada por alguien de su elección. También está el derecho a la protección de la intimidad, procurando el personal que la intrusión física sea la mínima necesaria para un buen cuidado; y también el derecho a la intimidad moral, lo que significa mantener la confidencialidad de su información. Otro derecho de las mujeres en el parto es la protección de la dignidad, que se refiere a no ser utilizada como un objeto para los fines de otras personas, refiriéndose principalmente a no ser objeto para prácticas de estudiantes y en caso de que se requiera hacer algún procedimiento con fines docentes, el procedimiento deberá ser necesario, no poner en riesgo su salud, ser informada adecuadamente de ello y solicitar su aceptación. Otro derecho es el de identificar a todas las personas que las atienden, su nombre, su función, su titulación y su especialidad (Francisca Fernández, s.f.).

Ninguno de estos derechos les son transmitidos a las mujeres, a pesar de las distintas oportunidades, pues se les pide que tomen un curso de preparación para el parto, en el que se abordan temas como la nutrición que deben llevar, las técnicas más adecuadas para la lactancia, cómo prepararse para el parto, las normativas del hospital, qué deben preparar para llevar al hospital, cómo es el proceso de admisión, cuáles son los signos de alarma antes los cuales deben acudir al hospital e incluso, en el hospital en el que realicé las entrevistas, se les habla de parto humanizado, no obstante, se tergiversan las recomendaciones de la OMS como expuse previamente y se cambia su sentido para adecuarlos a las dinámicas del hospital. De tal manera que más que una oportunidad para brindar información sobre sus derechos, los cursos de preparación

para el parto se convierten en un dispositivo más de control, por medio del cual se prepara a las mujeres para ser sumisas, para obedecer al personal, para que sepan que serán separadas de su familia e incluso que sufrirán con el parto porque según las recomendaciones del parto humanizado, no podrán usar anestesia.

Y este constituye sólo uno de varios controles por los cuales deben de pasar para “ganarse” el derecho a ser atendidas en ese hospital, siendo otro de los controles el consultorio de planificación familiar, en donde empieza la presión para escoger un DIU como método anticonceptivo.

No sólo no se informa a las mujeres sobre sus derechos en el parto, sino que prácticamente todos estos derechos son violados de forma cotidiana. Si bien no existen actualmente legislaciones en México para protección específica de estos derechos (los derechos enlistados aquí (Fernández, s.f.) provienen de una legislación española), sí existen acuerdos internacionales, firmados por México, para la protección de los derechos sexuales y reproductivos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976), el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981), la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995) (Marisol Salazar, 2013).

Por lo que la creación de leyes para la erradicación de la VGO, aunque necesaria, no es suficiente, pues se siguen vulnerando constantemente derechos protegidos internacionalmente. El cambio principal no debe ser en las legislaciones, sino en el sistema de salud, en la manera en como funciona, en la subjetividad del personal y en la de las mujeres, aportándoles información sobre sus derechos, con el fin de que se fortalezcan y reclamen por ellos.

Capítulo 6. Reflexiones finales

Como señalo en la discusión, para comprender el fenómeno de la Violencia Gineco-Obstétrica debe conocerse desde la perspectiva de las mujeres que la viven, por lo cual toda investigación a futuro deberá hacerse con perspectiva de género, puesto que esta perspectiva aporta una visión más crítica de la realidad, pudiendo así ver cómo muchas de las relaciones sociales que son tomadas como naturales producen condiciones de opresión, desigualdad y dominación en contra de las mujeres (Blázquez, 2008). Por ejemplo, el rol subordinado de las enfermeras y las violencias que viven dentro de los hospitales, la obligación de las mujeres a la maternidad abnegada y sufrida, la violencia como estrategia lícita para el control de sus cuerpos, etc.

Además, los beneficios de una investigación feminista radican en que se centra en las experiencias de las mujeres, está a favor de las mujeres y en ella quien investiga se sitúa en el mismo plano crítico de a quienes investiga (Harding, 1987). Estas tres características resultaron fundamentales durante la elaboración de este trabajo, pues en cuanto a las primeras dos, tomar la perspectiva de las mujeres permitió conocer las violencias de primera mano, violencias que no son claras desde ninguna otra perspectiva, pues ni siquiera son concebidas como tales. Y permitió conocer las graves consecuencias que esos actos tienen sobre las vidas de las mujeres, algunas de quienes describen el proceso en ocasiones como la peor experiencia de sus vidas. Palabras tan fuertes urgen a la acción y no pueden pasar desapercibidas.

Y en el caso de la tercera característica, hacer una investigación feminista me obligó a situarme en el mismo plano crítico que las participantes y esto supuso todo un reto, pues mi condición de varón me hizo plantearme varias interrogantes durante todo el proceso: ¿Qué aspectos no soy capaz de ver? ¿De qué manera soy leído por las participantes? ¿Qué obstáculos supone esa condición en el proceso de la entrevista?, entre otras. Y no solo eso, diversas condiciones entraron en juego en diversos momentos de la investigación, por ejemplo, el usar una bata blanca dentro de un hospital y el que me presentaran como “doctor” fue un obstáculo para el establecimiento de un buen *rapport* con algunas participantes, pues era leído como médico, por lo que me dio la impresión de que evitaban hablar mal sobre su experiencia a menos que algo

las hubiera hecho sentir particularmente incómodas. De la misma forma, mi condición como investigador estuvo presente en todo momento y supuso también dificultades: un malestar por sentir que era muy intrusivo al tomar información sin dar nada a cambio, al sentir que colonizaba sus voces con mis propios términos o con los de la teoría durante el análisis, etc. Por mucho que intenté respetar sus testimonios al no hacer modificaciones en cuanto a ortografía y gramática que pudieran llegar a modificar el sentido original, siguen teniendo un ordenamiento dado por mí, yo elegí los fragmentos que presentar y los agrupé en categorías de análisis.

No quiero decir con lo anterior que por estos motivos mis resultados no sean válidos, lo que quiero poner en consideración es que son sólo una de las muchas posibles interpretaciones que pudieran hacerse. Por otro lado, los resultados tampoco son, ni pretenden ser, generalizables, pues mi objetivo era conocer las formas de violencias que las participantes de esta investigación en particular sufrieron durante el proceso de atención de su embarazo y parto. Y efectivamente existieron una gran cantidad de violencias, aunque no es posible decir que en todos los hospitales existan o que sucedan de la misma manera. No obstante lo anterior, resulta evidente que la mayoría de las participantes vivió algún tipo de violencia lo que, aunado a lo encontrado en investigaciones previas, deja claro que estamos frente a un problema inmenso y sin embargo, casi invisible, por lo que la investigación al respecto debe aumentar, considerando diversos contextos y diversas perspectivas, intentando siempre visibilizar este fenómeno y, como toda investigación feminista, deberá estar socialmente situada y políticamente comprometida para hacer un llamado a la acción en aras a la solución del problema.

Lo que se hizo evidente en esta investigación es que la violencia gineco-obstétrica se mantiene y reproduce por dinámicas estructurales que permean en cada ámbito de la sociedad, como el orden de género, el sistema patriarcal, la hegemonía de la medicina y sus representantes, el racismo, el clasismo, el adultocentrismo y muchas otras ideologías que provocan la discriminación de algunas mujeres. De manera que el problema no se resolverá mediante cursos de sensibilización para esas “manzanas podridas” que llegan a ser denunciadas, resolver el problema requeriría un cambio más radical, por ejemplo sacar la atención del parto de los hospitales, en donde es visto

como una enfermedad y retomar los modelos de atención de la partería que ha sido relegada y despreciada en tanto que no posee conocimientos “científicos”, pero se basa en conocimientos ancestrales y más importante, en un modelo de atención que prioriza a la mujeres y que las coloca como protagonistas, que las escucha y busca siempre su comodidad, que ve todo el proceso como algo natural que no es necesario intervenir.

Con esta investigación me di cuenta que estamos ante un problema colosal y una pequeña investigación es insuficiente para cambiar algo. Por fortuna, cada vez existe más información y más investigaciones sobre el tema. Esta investigación generó más preguntas que respuestas, por ejemplo ¿Cómo se vive el parto cuando es atendido por parteras? ¿Qué formas de Violencia Gineco-Obstétrica ocurren durante la atención de otros procesos aparte del parto, como el aborto, las consultas relacionadas con planificación familiar, entre otras? ¿Cómo es la vivencia del proceso de parto por parte de los familiares que son separados de las mujeres? ¿Cómo es la vivencia del parto cuando las mujeres pueden ser acompañadas por alguien? ¿Cuáles son las emociones que viven las mujeres durante todo el proceso de su embarazo, parto y posparto y qué las provoca? Entre otras, que pueden ser ejes para futuras investigaciones.

Bibliografía

- Aguirre, A., Martínez, B., Rivero, K., Blancas, C., Badillo, S., González, L., y otros. (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Salud Quintana Roo*, 6(25), 21-25.
- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir. EAM*, N°2, 1-10.
- Alonso, C. y Castañeda, A. (2014). Análisis y recomendaciones para el fortalecimiento de la partería en México. México: Asociación Mexicana de Partería, A.C.
- Amigot, P. Y Pujal, M. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica*; 24 (70): 115-152.
- Amnistía Internacional (2017). Derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/mujeres/derechos-sexuales-reproductivos/>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*; 11(1): 155-180. DOI: 10.15517/c.a.v11i1.14238.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34.
- Bellón, S. (2014). Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? [tesis de maestría]. Universidad de Granada, España.
- Bertrand, M. (s.f.) El error médico [en línea]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/error_medico.pdf
- Blázquez, N. (2014). Los conocimientos de las brujas: causa de su persecución. En: Fe, M. (Coord). *Mujeres en la hoguera. Representaciones culturales y literarias de la figura de la bruja* (2ª ed). México: UNAM-PUEG.
- Bohren, M., Vogel, J., Hunter, E., Lutsiv, O., Makh, S., Souza, J., et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-

Methods Systematic Review. *PLOS Med.* 12(6): e1001847.
doi:10.1371/journal.pmed.1001847

Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C y Ovieda, J. (1997). "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud pública Méx*; 39(6): 546-553. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000600008>.

Calafell, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. Nº 10, pp. 331-354. e-I.S.S.N: 2444-0221.

Camacaro, M. (2010). La obstetricia develada. Otra mirada desde el género. Venezuela: Universidad de Carabobo.

Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L. y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y praxis latinoamericana*; 20 (68): 113–120.

Cámara de Diputados, República de Chile (4 de marzo de 2015). Redacción de sesiones. Disponible en; <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=11006%20&prmTIPO=TEXTOSesion>

Cárdenas, R. (2014). El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva. En: Sánchez, A. (Coord). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: UAM-Xochimilco.

Carvahlo, A., y Martins, G. (2016). Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor. São Paulo*;17(3):215-8.

Cassiano, A., et al.. (2016). Expressions of institutionalized violence at birth: an integrative review. *Resvista electrónica trimestral de Enfermería*; 44:478-189.

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*. No. 24. 43-68.

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*;19(1):37-42.

Castro, R. y Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: UNAM-CRIM.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2014). Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: IMSS.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)-Salud (s.f.) Acerca de CENETEC-SALUD [en línea] Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/conocenos/conocenos.html>
- Cobo, C. (2016). La violencia obstétrica [trabajo de fin de grado de enfermería]. España: Universidad de Cantabria.
- Cohen, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud* (2016) 39:231–247. DOI 10.1007/s10746-015-9369-x.
- Collado, S. (2014). Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En: Sánchez, A. (Coord). Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: UAM-Xochimilco.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) e Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (s.f.). Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: CLADEM.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) e Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (2008). Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: CLADEM.
- Congreso Argentino (2009). Ley 26.485 sobre la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Congreso del Estado de Veracruz (2010). Código Penal para el estado libre y soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. Disponible en: <http://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/PENAL270814.pdf>.
- Cubillos, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora revista internacional de ética y política*. Núm. 7: 119-137.

- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia* (23ª ed). México: McGraw Hill.
- Diario Oficial de la Federación (2007). Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV).
- Diario Oficial de la Federación (2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. En: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*; 7 (18): 113-128.
- Fernández, F. (s.f.). Conoce tus derechos. Derechos básicos de las mujeres en la atención al parto. El parto es nuestro. Recuperado de: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos>.
- Flick, U. (2004) *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata, S. L.
- Foucault, M. (2009). Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber. México D.F.: Siglo Veintiuno editores.
- Foucault, M. (2008). Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978–1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freyermuth, M. (2014). Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En: Sánchez, A. (Coord). Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: UAM-Xochimilco.
- García, A., Sainz, A. y Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género [en línea]. *Index Enferm*; 13(46). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009.
- Gibbs, G. (2012). El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. Madrid: Morata.

- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015a). *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015b) *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México* [en línea]. Disponible en: <http://informe2015.gire.org.mx/#/marco-normativo-violencia-obstetrica>
- Harding, S. (1987). *Feminism and Methodology*. USA: Indiana University Press.
- Harding, S. (2010). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista. En Blázquez, N., Flores, F. y Ríos, M. (Coord.). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM.
- Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradschaw, K. y Cunningham, F. (2012). *Williams Ginecología (2ª ed)*. México: McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (endireh) 2016*. Boletín de prensa núm. 379/17. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. INSP: Morelos, México
- Lagarde, M. (2000). *Claves feministas para liderazgos entrañables*. Managua: Puntos de Encuentro.
- Lagarde, M. (2015). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley No 38.647 de 19 de marzo. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, n. 38 (19 de mayo). Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 15-17 de septiembre de 2014.

- Magnone, N. (2014). Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de septiembre de 2011.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- Montesinos-Segura, R. y Taype-Rondán, A. (2015). ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú?. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 32(3): 603-616.
- Morrone, B. (Octubre de 2016). Violencia obstétrica: cuando las leyes no alcanzan. Conferencia llevada a cabo en las II Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS). Universidad Nacional de La Plata. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10915/57173>
- Observatorio de Mortalidad Materna (2011). Estrategia de intervención para reducir la mortalidad materna en IMSS Oportunidades [en línea]. Disponible en: http://www.omm.org.mx/images/stories/imss_op001.pdf
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *C. Med. Psicosom*, N° 111: 79-83.
- ONU Mujeres (2015). *Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer*. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2006: Una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015a). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015b). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

- Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. *The Lancet*; 2:436-437.
- Rosenthal, R. y Jacobson, L. (1980). *Pygmalion en la escuela. Expectativas del maestro y desarrollo intelectual del alumno*. Madrid: Marova
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*; Doi: 0.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Salazar, M. (s.f.). Los Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México en el Marco Jurídico Internacional. Federación Mexicana de Universitarias, A.C. Disponible en: <http://www.femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>.
- Secretaría de Salud (SSa) (2016). Triage obstétrico, código máter y equipo de respuesta inmediata obstétrico. Lineamiento técnico. México: Secretaría de salud-CENETEC.
- Tinoco, M. (2016). Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED*. 21(1): 47-54.
- Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer, UNFPA. (2007). Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo, E., Mojarro, M. y Arenas, M. (2016). Nueva evidencia de un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev. CONAMED*; 21(1): 26-31.
- Villegas, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*; 14(32): 125-146.
- Westbrook, L. (2015). El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 2245. Disponible en: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245
- Wohlgemut, M. (2015). El Parto Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica [Trabajo de titulación]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito.

Anexos

Anexo 1. Formulario para la recolección de datos en Internet

¡Buenos días/tardes/noches!

Mi nombre es Aldo Iván Orozco. Soy estudiante de Psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM y me encuentro realizando una investigación para la elaboración de mi Tesis. Mi objetivo con esta investigación es recoger las experiencias que viven las mujeres durante su proceso de embarazo y parto/cesárea, reconociendo que pueden existir una gran diversidad de experiencias y maneras muy diferentes de vivir ese proceso. Antes que nada, agradezco el tiempo, la atención y ayuda que me brinda.

Para la realización de esta investigación, deseo conocer la vivencia de mujeres que han pasado por un proceso de embarazo, teniendo particular interés en saber:

- ¿Cómo se sintieron durante ese proceso (cuando su bebé ya iba a nacer)?
- ¿Qué cosas estaban pensando o llegaron a pensar durante esos momentos?
- ¿Cómo fue la atención que recibieron en los hospitales, centros de salud o con las personas que atendieron su parto? (Nos interesa mucho conocer los detalles de dicha experiencia)
- ¿En algún momento la atención y el servicio recibido por parte del personal de salud llegó a ser violento, desagradable o te hizo sentir mal? Por favor, pláticanos tu experiencia.
- ¿Cómo crees que esa experiencia impactó en ti?

Con su colaboración en este proyecto, espero llegar a conocer que dentro de las diversidad de experiencias, existen también similitudes, y descubrir la forma en que son atendidas las mujeres dentro de la sala, cuando se encuentran solas frente al personal de salud, y que las experiencias de estas mujeres sirvan para las futuras madres, para que reciban la mejor atención y disfruten de ese momento en que conocen a su bebé. Es por esto que su participación es muy valiosa para mí y resultará en un beneficio para otras mujeres.

Todos los datos que desee compartir son totalmente anónimos y únicamente serán usados con fines de investigación. Quisiera que respondiera cada pregunta lo más ampliamente posible que desee. Si durante el proceso de escribir se arrepiente de compartir su historia, puede salir del formulario y ninguno de sus datos o experiencias quedará guardado.

Datos Generales

1. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su bebé? _____
2. ¿En qué lugar vivía cuando nació su bebé? _____
3. ¿Cuál es su último grado de estudios?
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Preparatoria

- d. Carrera Técnica
 - e. Licenciatura
 - f. Posgrado
 - g. Sin estudios
4. ¿En qué tipo de establecimiento fue la atención de su nacimiento?
 - a. Público
 - b. Privado
 5. ¿Qué clínica u hospital fue? _____
 6. ¿Cuál era su estado civil cuando nació su bebé?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unión Libre
 - d. Divorciada
 - e. Viuda
 7. ¿Su embarazo fue de alto riesgo o bajo riesgo?
 - a. Alto Riesgo
 - b. Bajo Riesgo
 8. El nacimiento de su bebé ¿fue por parto o cesárea?
 - a. Parto
 - b. Cesárea
 9. ¿Quién atendió su parto?
 - a. Médico/a familiar o general
 - b. Ginecólogo/a
 - c. Estudiante de medicina
 - d. Enfermera
 - e. Médico/a interno
 - f. Médico/a Residente
 - g. Partera
 - h. Otra
 10. ¿Alguien la acompañó durante su proceso? ____ ¿Quién? _____
 11. ¿Alguien la apoyó económicamente para costear los gastos del parto? ____ ¿Quién? _____
 12. ¿Fue atendida en el primer hospital o clínica a la que acudió? ____ ¿A cuántos lugares tuvo que ir para ser atendida? _____

Pregunta generadora

Me gustaría que me contara lo más ampliamente posible, cómo fue el proceso de tener a tu hijo/a, desde el primer momento, cuando sintió que ya comenzaba su parto, cómo fue la búsqueda de atención, qué trato que recibió de la(s) persona (s) que la atendieron, qué pasó una vez que fue ingresada al hospital, qué recuerda que le dijeron los médicos o las enfermeras, cómo se sintió en cada momento, qué sucedió una vez que nació su bebe, etc.

Ante alguna de las situaciones que vivió durante su proceso (p. ej. algún procedimiento/intervención que le realizaron o el trato que le dieron, etc.) ¿se sintió incómoda o incluso violentada? ¿Podría describirme qué fue lo que sucedió?

Procedimientos comunes en la atención del parto

Durante la atención del parto en clínicas y hospitales, es común la realización de diversas intervenciones por parte del personal de salud. ¿Podría señalar, de las que se enlistan a continuación, cuáles vivió usted?

Tipo de procedimiento	
Atención del parto estando usted acostada y con las piernas levantadas	
Alguien del personal presionó su abdomen con fuerza para que su bebé "saliera más rápido".	
Rasurado del vello púbico	
Realización de un corte en sus genitales para evitar el desgarro al momento de salir su bebé	
Quien atendió su parto introdujo su mano después del nacimiento de su bebé para verificar que no quedaran resto de placenta	
Uso de un enema	
Colocación de un DIU (sin que usted lo haya solicitado abiertamente)	
Colocación de venoclisis a su ingreso a la sala de partos	
Le "rompieron la fuente" intencionadamente para acelerar el proceso de parto	
Le negaron el uso de anestesia ("la raquia")	
Expresión de comentarios groseros hacia usted	
Amenazas de no atenderlas/ condicionar su atención	
Le permitieron abrazar y amamantar a su bebé inmediatamente después de haber nacido	
La llamaron por su nombre en todo momento	
Permitieron que alguien cercano la acompañara en el proceso	
Le dieron a firmar un consentimiento informado antes de la realización de estos procedimientos	
Le explicaron claramente por qué se le realizaba cada procedimiento	
Escucharon y atendieron sus opiniones y deseos	
Varias personas realizaron los tactos vaginales	
Utilizaron medicamentos para acelerar el parto	

Reflexiones

¿Existe algo que quisiera expresar, alguna reflexión que haya surgido en usted mientras respondía y que quisiera compartir?

¿Le gustaría contar su historia con mayor detalle? Si quisiera participar en un grupo con el objetivo de contar estas historias con otras mujeres, o si desea tener retroalimentación sobre este tema, puede proporcionarme su correo electrónico para poder contactarla. La información proporcionada es totalmente confidencial.

Anexo 2. Guía para las entrevistas semiestructuradas

Datos Generales

1. ¿Qué edad tenía usted cuando nació su bebé? _____
2. ¿En qué lugar vivía cuando nació su bebé? _____
3. ¿Cuál es su último grado de estudios?
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Preparatoria
 - d. Carrera Técnica
 - e. Licenciatura
 - f. Posgrado
 - g. Sin estudios
4. ¿En qué tipo de establecimiento fue la atención de su nacimiento?
 - a. Público
 - b. Privado
5. ¿Qué clínica u hospital fue? _____
6. ¿Cuál era su estado civil cuando nació su bebé?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unión Libre
 - d. Divorciada
 - e. Viuda
7. ¿Su embarazo fue de alto riesgo o bajo riesgo?
 - a. Alto Riesgo
 - b. Bajo Riesgo
8. El nacimiento de su bebé ¿fue por parto o cesárea?
 - a. Parto
 - b. Cesárea
9. ¿Quién atendió su parto?
 - a. Médico/a familiar o general
 - b. Ginecólogo/a
 - c. Estudiante de medicina
 - d. Enfermera
 - e. Médico/a interno
 - f. Médico/a Residente
 - g. Partera
 - h. Otra
10. ¿Alguien la acompañó durante su proceso? ____ ¿Quién? _____
11. ¿Alguien la apoyó económicamente para costear los gastos del parto? ____ ¿Quién? _____
12. ¿Fue atendida en el primer hospital o clínica a la que acudió? ____ ¿A cuántos lugares tuvo que ir para ser atendida? _____

Pregunta generadora

1. Me gustaría que me contara lo más ampliamente posible, cómo fue el proceso de tener a tu hijo/a, desde el primer momento, cuando sintió que ya comenzaba su parto, cómo fue la búsqueda de atención, qué trato que recibió de la(s) persona (s) que la atendieron, qué pasó una vez que fue ingresada al hospital, qué recuerda que le dijeron los médicos o las enfermeras, cómo se sintió en cada momento, qué sucedió una vez que nació su bebe, etc.

*

2. Ante alguna de las situaciones que vivió durante su proceso (p. ej. algún procedimiento/intervención que le realizaron o el trato que le dieron, etc.) ¿se sintió incómoda o incluso violentada? ¿Podría describirme qué fue lo que sucedió?

Procedimientos comunes en la atención hospitalaria

Durante la atención del parto en clínicas y hospitales, es común la realización de diversas intervenciones por parte del personal de salud. ¿Podría señalar, de las que se enlistan a continuación, cuáles vivió usted?

Atención del parto estando usted acostada y con las piernas levantadas	
Alguien del personal presionó su abdomen con fuerza para que su bebé "saliera más rápido".	
Rasurado del vello púbico	
Realización de un corte en sus genitales para evitar el desgarro al momento de salir su bebé	
Quien atendió su parto introdujo su mano después del nacimiento de su bebé para verificar que no quedaran resto de placenta	
Uso de un enema	
Colocación de un DIU (sin que usted lo haya solicitado abiertamente)	
Colocación de venoclisis a su ingreso a la sala de partos	
Le "rompieron la fuente" intencionadamente para acelerar el proceso de parto	
Le negaron el uso de anestesia ("la raquia")	
Expresión de comentarios groseros hacia usted	
Amenazas de no atenderlas/ condicionar su atención	
Le permitieron abrazar y amamantar a su bebé inmediatamente después de haber nacido	
La llamaron por su nombre en todo momento	
Permitieron que alguien cercano la acompañara en el proceso	
Le dieron a firmar un consentimiento informado antes de la realización de estos procedimientos	
Le explicaron claramente por qué se le realizaba cada procedimiento	
Escucharon y atendieron sus opiniones y deseos	
Varias personas realizaron los tactos vaginales	
Le aplicaron medicamentos para acelerar el parto	

¿Existe algo que quisiera expresar, alguna reflexión que haya surgido en usted mientras respondía y que quisiera compartir?