

## Formas, prácticas y discursos en el fenómeno de la violencia obstétrica: una aproximación situada

---

Forms, practices and discourses in the phenomenon  
of obstetric violence: a situated approach

*Aldo Iván Orozco Galván*

*Tania Esmeralda Rocha Sánchez*

Universidad Nacional Autónoma de México

### Resumen

Pese a las investigaciones y datos en torno a la violencia obstétrica, predomina una mirada que desconoce la voz y experiencia de las mujeres, sobre todo porque existe una normalización de ésta y queda enmascarada bajo una práctica médica androcéntrica y sexista. El propósito de esta investigación fue conocer cómo es que mujeres mexicanas que recibieron atención médica durante el parto se enfrentaron a alguna situación de violencia obstétrica, y analizar los discursos y prácticas que hay detrás de esas violencias. La investigación fue de corte cualitativo, desde un enfoque epistémico-metodológico feminista. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a 12 mujeres mexicanas. Los resultados

### Abstract

Despite the research and data on obstetric violence predominates, a perspective that ignores the voice and experience of women, especially because there is a normalization of obstetric violence, and it is masked under an androcentric and sexist medical practice. The purpose of this research was to find out how Mexican women who received medical care during childbirth, faced some situation of obstetric violence, and to analyze the discourses and practices behind such violence. The research was qualitative, from a feminist epistemic-methodological approach. Semi-structured interviews were carried out with 12 Mexican women. The results demonstrated the existence

mostraron la existencia de diversas formas de violencia ejercidas por el personal y las instituciones de salud, las cuales abarcan desde la descalificación y el maltrato verbal, hasta la censura, la aplicación de procedimientos innecesarios y dolorosos, y la vejación de los derechos de las participantes. Además, se hacen evidentes discursos sobre el deber-ser de las mujeres y prácticas como la censura a su sexualidad, la colonización de sus cuerpos y saberes, la relación de poder entre el personal médico y las mujeres, así como contextos de precariedad y prácticas institucionales que abonan a estas violencias.

### *Palabras clave*

Violencia obstétrica, mujeres, derechos sexuales, derechos reproductivos, fenomenología psicológica.

of various forms of violence exercised by health personnel and health facilities, ranging from disqualification and verbal abuse, to censorship, the application of unnecessary and painful procedures, and the vexation of women's rights. In addition, discourses about the "must-be" of women and practices such as censorship of their sexuality, the colonization of their bodies and knowledge, the power relationship between medical personnel and women, as well as precarious contexts and institutional practices, were evident.

### *Keywords*

Obstetric violence, women, sexual rights, reproductive rights, psychological phenomenology.

## Introducción

Hace tres décadas que, por primera vez en Latinoamérica, y en particular en el contexto de México, se problematizó y nombró la violencia que viven las mujeres en el proceso de atención gineco-obstétrica, en particular durante el parto, identificando que tras esta violencia existe una serie de factores socioculturales imbricados en la violencia de género y en la violencia institucional en contra de las mujeres (Guerrero-Sotelo *et al.*, 2019). Pese a ello, y con todo y los esfuerzos por visibilizar el problema, a la fecha, dentro del gremio médico y en algunos sectores de la sociedad, no se reconoce como tal el ejercicio de esta violencia, e incluso se insta a desestimarla y a apuntalar más bien a su *normalización* (Arguedas, 2014; Castro y Erviti, 2015; Sadler, *et al.*, 2016), aludiendo a que todos los procedimientos y medidas que se realizan previo y durante el parto en las diferentes instituciones de salud, son acciones necesarias, oportunas, con respaldo científico, y que en todo caso, si llega a existir alguna suerte de

trato inadecuado por parte del personal médico, éste debe comprenderse a la luz de las situaciones de precariedad y presión a las que se enfrenta el personal en estos escenarios, pero en ningún momento se busca *violentar* a las mujeres.

Sin embargo, los datos sobre la *violencia obstétrica*<sup>1</sup> distan mucho de esta visión que trivializa o considera que es un asunto que se remite, como lo refieren algunos autores, a factores como la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos en hospitales, así como el estrés al que se somete continuamente el personal médico (Bronfman, *et al.*, 1997; Cobo, 2016; Pintado-Cucarella, Penagos-Corzo y Casas-Arellano, 2015). Por el contrario, la magnitud y prevalencia del problema hace evidente que es un fenómeno que ocurre de manera sistemática en la atención del parto en diferentes escenarios de salud, e incluso que puede extenderse a periodos previos y posteriores al parto (Guerrero-Sotelo *et al.*, 2019). Así, destaca que de acuerdo con el reporte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2018), durante el periodo del año 2002 al 2017, el mayor número de quejas por mala práctica médica correspondió al área de gineco-obstetricia (aproximadamente 3,090 quejas formales). En 2016, conforme a los datos que se levantaron por primera vez en México para estimar la prevalencia de este tipo de violencia (INEGI, 2017) develaron que 33.2% de las mujeres que respondieron refirieron haber vivido alguna forma de esta violencia, destacando: a) gritos y regaños por parte del personal (11.2%), b) negarles la atención como castigo por quejarse (10.3%), y c) ser ignoradas al pedir información sobre ellas y/o sus bebés (9.9%). Además, la magnitud de la violencia varió según el tipo de institución que brindó el servicio, de manera que 40.8% de las mujeres atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),<sup>2</sup> 38.7% de quienes acudieron a hospitales o clínicas públicas de algún otro estado de la República también hicieron referencia a vivir esta violencia, 34.7%

---

<sup>1</sup> La violencia obstétrica puede ser entendida como “una forma específica de violencia contra las mujeres que [...] 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” (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2015: 12).

<sup>2</sup> Servicio de salud público que atiende a la mayor parte de la población mexicana con trabajos formales y a sus familias (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

en el caso de mujeres atendidas en otros centros de salud públicos y, finalmente, 29.8% de quienes recibieron atención en clínicas u hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).<sup>3</sup> En tanto, en el caso de hospitales y clínicas privadas, 18.2% de mujeres refirieron estas violencias, y 17.7% en el caso de consultas con médicos particulares.

Varias autoras y autores han puntualizado por qué debe nombrarse *violencia*, y no un mero asunto de *calidad de la atención*, como lo apalabra el discurso médico dominante. Entre otras cosas, las principales razones versan alrededor de cómo históricamente se ha medicalizado el proceso natural de embarazo y parto en las mujeres, deshabilitándolas y desapropiándolas de todo saber en torno al proceso y sus cuerpos; la relación de poder y sumisión que se establece sobre las mujeres, tanto en la sociedad como en este caso en el marco de la atención a la salud, en específico cuando el punto en cuestión compete al cuerpo de las mujeres y el asunto de la reproducción, ambos desautorizados para ser vividos de forma autónoma por ellas. Aunado a ello, en la medida en la cual la práctica médica está atravesada por valores patriarcales, androcéntricos y sexistas, resulta evidente que, en el marco de estas prácticas, el personal de salud reproduce actitudes misóginas, de descalificación, humillación, discriminación y subordinación hacia las mujeres y sus vivencias reproductivas (Arguedas, 2014; Castro y Erviti, 2015; Sadler, *et al.* 2016). Lo anterior, sin obviar que la medicina *per se* constituye un campo de conocimiento *situado* histórica y socioculturalmente, a través del cual se reproducen diferentes *mecanismos de biopoder* encaminados justamente al control de la población, de sus prácticas de reproducción, de comportamientos sexuales y de los parámetros de bienestar (Foucault, 1977).

Como lo refieren diferentes investigaciones de corte antropológico y sociológico (Bellón, 2014, 2015; Camacaro, 2010; Davis-Floyd, 2001), existe un fuerte control médico durante el embarazo y parto, y en general, a través de todos los procesos ligados a la reproducción en las mujeres, situándolas como cuerpos cosificados que deben ser *controlados*

<sup>3</sup> Servicio de salud público que atiende a trabajadores al servicio del Estado y a sus familias (Gobierno de México, 2020).

y *disciplinados*. Las mujeres deben adoptar una posición de obediencia y sumisión frente al control médico, careciendo de toda autoridad para hablar de lo que ocurre en sus cuerpos, sus síntomas, malestares y dolencias. Lo anterior vinculado con la reproducción de una *maternidad* única pensada como destino para todas las mujeres, modelo dictado por la religión judeocristiana, que establece que la *madre* debe ser como la virgen María: perfecta, humilde, sumisa, sacrificada, abnegada y obediente, que debe sufrir para llegar a la maternidad y no tiene derecho al placer (Wohlegmuth, 2015). Y, si bien se ha hecho referencia al papel que juega el proceso de formación médica en el ejercicio de esta violencia, en la medida en la cual no sólo se tiende a des-sensibilizar al dolor humano y asumir una actitud distante frente a las personas en consulta, también existen diferentes ejercicios de maltrato y abuso hacia el personal médico en formación, entrenados en un *habitus médico*<sup>4</sup> autoritario y jerárquico que termina por interiorizar y reproducir estas formas de violencia como conductas normalizadas en la profesión (Bellón, 2015; Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015). Es indispensable reconocer que las experiencias de violencia obstétrica a las que se enfrentan las mujeres no son resultado únicamente de las concepciones y prácticas biomédicas *per se*, sino también de estereotipos y procesos de discriminación imbricados en la interseccionalidad de factores como el género, etnia, raza, edad y clase social, en el marco de un país profundamente desigual (Sesia, 2020).

Considerando todo lo anterior, y ante la prevalencia de investigaciones que han dado mayor peso a una visión parcial y micro del problema, al situarlo como un asunto relacionado con la calidad de la atención y su vínculo con la precariedad en los sistemas de salud, así como las violencias a las que se enfrenta el mismo personal de salud, lo que desde esa visión justificaría este tipo de maltrato y abuso hacia las mujeres, se vuelve indispensable abordar el tema de la violencia obstétrica a partir de una mirada crítica y feminista. Bajo dicha perspectiva

---

<sup>4</sup> Castro y Erviti lo definen como: “El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación -lo social hecho cuerpo, esto es, que temiendo 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” (2015: 49).

se reconoce que esta violencia tiene una dimensión socio-estructural, en tanto, constituye una manifestación de la violencia de género desde la cual se reiteran y reproducen relaciones de poder e inequidad de género; también reconoce la dimensión institucional de esta violencia y el papel del Estado en el ejercicio de la misma, en la medida en la que desde las políticas públicas, las normas y prácticas en y desde las instituciones se abona a este control y regulación de la vida reproductiva de las mujeres, trastocando sus derechos humanos y el ejercicio de una plena ciudadanía sexual y reproductiva.

Es por ello, y reconociendo el carácter subjetivo que acompaña a estas experiencias, así como el nulo lugar que han tenido las mujeres como principales víctimas de esta violencia (Castrillo, 2016), que en la presente investigación se tuvo como objetivo conocer a profundidad, y desde un abordaje epistémico-metodológico feminista, las formas en las que un grupo de mujeres atendidas en alguna institución durante su proceso de parto, experimentaron estas violencias, así como la forma en las cuales respondieron frente a ellas, y analizar las prácticas y discursos bajo los cuales se normaliza y naturaliza esta violencia.

## Método

Con el propósito de entender el fenómeno de la violencia obstétrica desde la perspectiva y la experiencia de las mujeres que lo vivieron, esta investigación hizo uso de una metodología cualitativa, bajo un abordaje fenomenológico-hermenéutico y feminista. En la investigación participaron 12 mujeres que habían atendido sus embarazos en una institución pública de salud. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Se logró contactar a nueve participantes mientras se encontraban dentro de un hospital de segundo nivel del IMSS en la Ciudad de México, posterior a la atención de su parto o cesárea. Hicimos de su conocimiento el propósito de la investigación, y les preguntamos si les gustaría participar en una entrevista. Todas las participantes accedieron de manera voluntaria a participar en el estudio. Cabe aclarar que, debido al escenario en el que las participantes se encontraban, es decir, en cubículo con tres camillas cada uno y separados por cortinas, las entrevistas se realizaron estando

presentes otras dos mujeres en sus respectivas camillas, lo que sin duda fue un aspecto que pudo influir en la privacidad. Como alternativa, se realizaron tres entrevistas adicionales de manera extensa a tres participantes más, quienes habían atravesado por una situación de violencia obstétrica durante el parto. Estas entrevistas se realizaron directamente en el domicilio o lugar acordado con las mujeres. Todas las entrevistas fueron semiestructuradas, y las preguntas se dirigían a conocer cómo había sido su atención en el hospital y si habían percibido alguna forma de violencia por parte del personal de salud, así como la manera en que afrontaron la situación. Las características generales de las participantes se presentan en el cuadro I.

Para fines del análisis, las entrevistas fueron transcritas en su totalidad. Se llevó a cabo un acercamiento fenomenológico interpretativo de los datos, cuya intención es abonar a una descripción minuciosa y en profundidad de las experiencias tal cual son vividas y entendidas por las personas (Duque y Aristizábal, 2019). En una primera lectura, la tarea fue familiarizarse con la información y comprender el sentido básico de ésta. Posteriormente, se identificaron a través de la información, aquellos *temas emergentes* que desde esa lectura ayudaban a identificar experiencias y emociones importantes para las participantes asociadas con el tema, haciendo anotaciones por parte de quienes realizamos la investigación. Seguidamente, y tras tener ese primer listado, se hizo una relectura para explorar cómo se conectaban esos temas emergentes y llevar así la identificación de temas más amplios que terminaron siendo *las categorías críticas* para dar cuenta de la información y analizar el tema de la violencia obstétrica.

Finalmente, tras hacer las lecturas de cada entrevista particular y de todas en conjunto, se elaboró una tabla *maestra* (cuadro II) que permitió comprender de una manera más integral la experiencia de todas las participantes, identificando aquellos temas transversales a la experiencia de violencia obstétrica y los que se situaban de manera específica a cada caso y cruce de ciertas intersecciones (edad, institución, estado, formación profesional).

## Resultados

Las participantes de la investigación se ubicaron en un rango de edad entre los 17 y 38 años, al momento de la atención de su parto, con un promedio de 25.1 años (DE=6.3). Como puede observarse en la tabla 1, las mujeres poseían características muy diversas, tanto en términos de su contexto geográfico, grado de estudios y el lugar donde fueron atendidas durante el parto. Lo anterior resultó fundamental para llevar a cabo un análisis interseccional, bajo el reconocimiento de que diversos factores pueden contribuir a la manera en la que vivieron la situación de violencia e incluso su forma de responder frente a ésta.

**Cuadro I**  
Datos generales de las participantes

Participante (pseudónimo)	Edad*	Escolaridad/formación profesional (edad al momento de la atención obstétrica)	Lugar en el cual se atendió
Luisa	20	Preparatoria	IMSS, Ciudad de México
Frida	26	Licenciatura	
Nadia	21	Licenciatura	
Fátima	20	Secundaria	
Sara	34	Preparatoria	
Lucía	26	Preparatoria	
Eva	38	Licenciatura	
Juana	22	Carrera técnica (enfermería)	
Julia	26	Licenciatura	
Sandra	17	Licenciatura	Secretaría de Salud, Hidalgo
Sofía	21	Licenciatura	Secretaría de Salud, Querétaro
Belén	31	Carrera técnica (enfermería)	IMSS, Estado de México
*La edad mostrada es al momento de la atención del parto. Sólo en las primeras nueve participantes coincide con su edad al momento de la entrevista.			

Fuente: Elaboración propia.

Tras llevar a cabo el análisis a profundidad de cada entrevista, fue posible identificar temas transversales a la experiencia de la violencia obstétrica por parte de todas las participantes, así como aspectos particulares situados en el cruce de condiciones específicas para cada una, como se detalla a través de los ejemplos de narrativas de las participantes. A continuación presentamos dicho análisis organizado de acuerdo con cinco temas transversales: los discursos sobre el deber ser de las mujeres, la colonización del cuerpo de las mujeres, la colonización de sus saberes, el poder simbólico de la violencia y las prácticas institucionales violentas.

## Cuadro II

### Discursos transversales y prácticas específicas de violencia obstétrica

Lógicas y discursos transversales	Formas de violencia obstétrica	Ejemplos
Los discursos sobre el deber ser de las mujeres	La censura y castigo de la sexualidad en las mujeres/ madres.	- <i>El maltrato verbal y la humillación</i> - <i>Cuestionar su vida sexual</i> - <i>Regaños y/o castigos</i> - <i>Obligar a amamantar</i>
	El discurso de la maternidad: Entre buenas y malas madres.	
Colonización del cuerpo de las mujeres	Usar sus cuerpos como objetos, como herramientas didácticas.	- <i>Tactos vaginales innecesarios y realizados por diferentes personas</i> - <i>Negación de cesárea</i>
	Control de la anticoncepción.	- <i>Anticoncepción bajo coerción</i> - <i>Engaño para colocar algún método anticonceptivo</i> - <i>Decidir por ellas</i>
	Decidir por ellas y sobre sus cuerpos.	
	Intervenir sus cuerpos.	
Colonización de saberes		- <i>No escuchar sus vivencias corpóreas y/o malestares</i> - <i>Invalidar el dolor de las mujeres</i> - <i>Ignorar la voz de las mujeres</i>
	Saberes sometidos.	

*Continúa en página siguiente.*

Viene de página anterior.

Lógicas y discursos transversales	Formas de violencia obstétrica	Ejemplos
El poder simbólico de la violencia	Naturalización de la violencia.	-Evitar quejarse -Validar el trato recibido a cambio de estar bien -Otras mujeres recomiendan no gritar
	Saberes heredados.	
De las prácticas a las violencias institucionales	Aislamiento.	-Rigidez en protocolos de atención -Negar incapacidad laboral si no se acude a las citas de "control prenatal" -Negar acceso a familiares y/o pareja -Personal insuficiente -No ambulancias -Reclusión por falta de pago
	Atención burocratizada.	
	Apego a protocolos.	
	Falta de recursos en los hospitales públicos. Costos inasequibles. Saturación hospitalaria.	

Fuente: Elaboración propia.

## Los discursos sobre el deber ser de las mujeres y la normalización de la violencia obstétrica

Las experiencias de violencia obstétrica están atravesadas por lógicas y discursos transversales que posibilitan su *normalización*. Una modalidad de estos discursos hace referencia a una serie de mandatos o estereotipos vinculados al *deber-ser de las mujeres*, es decir, que estas formas de violencia obstétrica tienen como finalidad la reproducción de un orden social de género, en el cual se niega a las mujeres el derecho al placer sexual, la maternidad es impuesta, y acceder a ella supone sufrir un parto doloroso. Con relación a la negación del placer sexual, algunas participantes hicieron referencia al maltrato que se manifiesta con regaños y que, desde cómo lo viven, representa una manera de *hacerlas sentir humilladas*, cuestionando o haciendo comentarios sarcásticos en torno a su sexualidad. Por ejemplo, Sara (34 años, de Iztacalco, CDMX, con preparatoria, casada, atendida en IMSS) presenció cómo una enfermera le decía a la señora: "ahorita sí muy gritona y hasta bajan el, el coro celestial, pero con el viejo ahí estaban". O bien, Sandra (17 años, de Huichapan,

Hidalgo, con licenciatura, soltera, atendida en SSA) comparte cómo una enfermera les decía a las mujeres que estaban en la sala de atención: “Pues quién las mandó. Cómo cuando estaban haciendo el hijo ahí estaban bien puestas, pero ahorita que lo van a tener, ahora sí les duele, ahora sí se quejan y gritan”.

Estos comentarios resultan sumamente incómodos e invasivos para ellas; Sara comentó que “no correspondía al personal de salud hacer ese tipo de comentarios, pues se están metiendo en algo muy íntimo”. Sin embargo, estas frases son utilizadas, de manera explícita, como herramientas para acallar los gritos de las mujeres, pero de forma implícita sirven para recordarles el orden social: reafirmar que las mujeres no tienen derecho sobre sus cuerpos y su sexualidad.

Por otro lado, en relación con la maternidad, existen prácticas y discursos que señalan a las mujeres cómo deben de ejercerla, por ejemplo, la experiencia que comparte Belén (31 años, de Tecámac, Edo Mex, con Carrera técnica, casada, atendida en el IMSS), da cuenta de cómo se obliga a las mujeres a amamantar a sus bebés y se les niega el uso de fórmulas lácteas. Esto ocurre en una institución que se cataloga como *hospital amigo del niño y de la niña*; el personal de salud es instado a *fomentar la lactancia materna exclusiva*. Así, una política institucional se conjuga con las actitudes y comentarios del personal que buscan coaccionar y regañar a las mujeres cuando éstas no hacen lo que se espera. Belén nos comparte que cuando estaba intentando amamantar a su bebé, una enfermera le dijo: “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 lo tiene que amamantar”. En ese sentido, se da por sentado que las mujeres *deben saber* una serie de cosas vinculadas con el proceso de cuidar al bebé, como amamantarles.

Pero, además, parece que en este tipo de construcciones y discursos también se juega el ser buena o mala madre, de tal forma que a partir de los comentarios y reacciones del personal médico frente a lo que las mujeres hacen o en relación con alguna condición del bebé, se da espacio para que vivan sancionadas. Éste fue el caso de Julia (26 años, de Iztacalco, CDMX, con preparatoria, casada, atendida en el IMSS) quien, frente

al hecho de que su hijo nació con bajo peso, la enfermera cuestionó su papel de buena madre, arguyendo que el bajo peso era porque no había querido amamantarlo cuando la enfermera se lo solicitó:

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 [...], 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.

De esta forma, a través de gritos, regaños y humillaciones, el personal de salud busca recordar a las mujeres *lo que significa ser mujer*. En el primer caso, una mujer no debe gritar, debe ser silenciosa, obediente y no debe buscar el placer sexual; en el segundo caso, una madre debe brindar amor a su hijo/a por medio de la lactancia materna, y es una habilidad que ya debe dominar.

### Colonización del cuerpo de las mujeres

La relación de poder que se establece entre el personal médico y las mujeres no sólo se hace manifiesta en torno al proceso de acallar sus voces e ignorar lo que piensan y sienten, sino incluso se devela en la relación de control y dominio sobre el cuerpo de las participantes. Así, a través de las experiencias compartidas por las participantes, se hace evidente una suerte de *colonización de los cuerpos de las mujeres*. Por una parte, a través de la forma en la que se ejecutan ciertos procedimientos y técnicas *médicas*, y por otra, cuando se terminan tomando decisiones por ellas, sin considerarlas o buscando su consentimiento mediante engaños.

Entre los *procedimientos y prácticas médicas* que son vividas por las participantes como una forma de violentarlas se encuentran, en primer lugar, *los tactos vaginales*, pues es un procedimiento que se realiza a *todas* las mujeres. Si bien es cierto que éste es necesario para evaluar la evolución del trabajo de parto, el problema recae, como lo señalan las participantes, tanto en la forma de realizarlo, como en el hecho de que es realizado por demasiadas personas, varias veces durante un turno y en cada cambio de turno, sin considerar si es oportuno o no para la situación particular de cada mujer. Así, Sandra (17 años, de Huichapan, Hidalgo, soltera, atendida en el SSA) señala cómo es que los tactos se efectúan: “cada media hora o

cada hora, iban y, pues hacían el tacto para hacer la dilatación”; y Luisa (20 años, de Iztapalapa, CDMX, con preparatoria, en unión libre, atendida en el IMSS) menciona que: “en cada cambio de turno son doctores nuevos, enfermeros diferentes y todo mundo quiere hacer el tacto”.

Aunado a esta suerte de *desfile* por el cuerpo de las mujeres, en el cual sus cuerpos se transforman en herramientas didácticas para *enseñar* al personal en formación (por ejemplo, qué es lo que debe sentir al realizar el tacto), está el hecho de que el procedimiento sea realizado por alguien que no tiene experiencia o lo realiza con poco cuidado, llegando a lastimar a las participantes. Ese fue el caso de Juana (22 años, de EdoMex, con preparatoria, vive en unión libre, atendida en el IMSS) que comparte cómo el procedimiento terminó causándole daño: “una vez, este, de que me hicieron tacto, yo no traía sangrado, con el tacto me provocaron sangrado”. Igualmente, Sofía (21 años, casada, con licenciatura, atendida en el SSA), narra la manera autoritaria de realizar el tacto, así como el dolor causado por éste:

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.

A pesar del dolor referido y el llanto de Sofía, el personal no se detuvo y siguió realizando el tacto. Así pues, un procedimiento necesario según las guías para la atención del parto deviene violencia cuando es aplicado de manera rutinaria, sin considerar el sentir, las necesidades o la opinión de las mujeres. Además, nos parece importante señalar que, pese a que las participantes se sintieron violentadas, incómodas e invadidas por esta forma de actuar sobre sus cuerpos, la mayoría de ellas comentó tener que *aceptarlo* como un procedimiento necesario.

Otra forma de colonizar los cuerpos de las mujeres e incluso trastocar sus derechos sexuales y reproductivos es cuando se termina *decidiendo por ellas* o bien, cuando son coaccionadas para optar por algún tipo de método anticonceptivo. Lo anterior se circunscribe entre las políticas de

salud al respecto, mismas que establecen priorizar la colocación de un método de anticoncepción, y las prácticas particulares del personal de salud, que busca lograr ese cometido recurriendo a *mecanismos para forzar a las mujeres a firmar un consentimiento 'informado' aceptando el método*. De manera que, como algunas participantes señalaron, se les insistió con frecuencia en que debían firmar el formato de consentimiento informado para la colocación de algún anticonceptivo y quienes se negaron a hacerlo fueron *objeto de regaños*. Por ejemplo, Belén (31 años, de Tecámac, Edo Mex, con carrera técnica, casada, atendida en el IMSS) refiere que en el momento no era su prioridad el tema de la anticoncepción y que incluso hizo referencia al personal, que “sabía cómo cuidarse”, pero no fue escuchada y se vio obligada a *cumplir con la normativa*:

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, [...] no te puedes ir si no tienes un método de planificación familiar”.

Además, es importante señalar que en el hospital donde realizamos las entrevistas únicamente se ofertan dos métodos: *uno temporal*, el dispositivo intrauterino (DIU) y *uno permanente*, la oclusión tubaria bilateral (OTB o salpingoclasia), por lo que las usuarias deben “optar” por uno de los dos. Sin embargo, y como antes se indicó, la voz de las mujeres es la que menos importa. En tal sentido, la edad juega un papel muy importante, pues en tanto marcador social y cargado de estereotipos de género, en el caso de Frida (26 años, de Venustiano Carranza, CDMX, con licenciatura, vive en unión libre, atendida en el IMSS), quien deseaba un método permanente, se le negó tal posibilidad, pues bajo la consideración “médica”, su decisión no era la adecuada, entre otras cosas, porque a sus 26 años “estaba muy chica”. Así comparte Frida su experiencia:

Ahorita me lo van a poner [el DIU] [...], 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 evolu-

ción” —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.

Este criterio de la edad en torno a la opción de qué método anti-conceptivo resultaba oportuno *no obedece al deseo de las mujeres, ni tampoco a la decisión de recurrir o no a la anticoncepción*. Se trata de una negación total de la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, siendo el personal médico, así como las políticas y normativas institucionales, las que delimitan de manera directa o indirecta, cuántos/as hijos/as deben tener, hasta qué edad e incluso su espaciamiento. Lo absurdo es que incluso la forma de nacer del bebé constituye también una *decisión colonizada*. Eva (38 años, de Iztacalco, con licenciatura, soltera, atendida en el IMSS) comparte su experiencia en torno a la decisión de recurrir a una cesárea frente al cansancio y dolor que experimentaba, empero, no fue sino hasta que la voz de la “autoridad” valoró que sería lo más oportuno, que se llevó a cabo tal procedimiento, implicando para ella horas de dolor innecesarias:

Yo ya había decidido que sea una cesárea porque, eh, yo ya estaba muy cansada y los dolores eran muy fuertes. Pues la doctora dijo que no, que el proceso tenía que ser hasta que, este, hasta que fueran, los 10 cm de dilatación para que fuera a fuerzas parto.

Si bien es cierto que la realización de una cesárea es un procedimiento que suele obedecer a criterios clínicos, lo importante a señalar con estas experiencias es de qué manera se ignora el malestar, el dolor y la decisión de las mujeres como una rutina más que como excepción.

### Colonización de saberes

Además del cuerpo, a través de la práctica médica se coloniza también el saber de las mujeres. Esto se ve facilitado por una evidente relación asimétrica de poder entre el personal de salud y las mujeres. Una asimetría que desplaza a las participantes de un lugar de saber *legítimo*, quedando como único conocimiento autorizado el del personal de salud. De esta manera, la violencia se normaliza, por una parte, bajo los *supuestos “saberes” privilegiados* con los que cuenta el personal médico, dando lugar a procesos como ignorar el malestar de las mujeres, sus experiencias o incluso descalificar cualquier conocimiento, observación u opinión de

su parte. De acuerdo con lo que las participantes compartieron a través de sus relatos, se enfrentaron a situaciones de *descalificación* de lo que estaban experimentando, sintiendo o incluso lo que conocían, de manera que sus voces no eran consideradas válidas hasta que alguien del personal *afirmaba* que “algo estaba pasando”.

Esto llevó a que algunas participantes enfrentaran situaciones delicadas que podrían haberse evitado, tal es el caso de Sandra (17 años, de Huichapan, Hidalgo, con licenciatura, soltera, atendida en el SSA), quien sentía que había problemas en la evolución de su parto, pero no fue escuchada:

Yo les dije [...]: “es que hay algo que no está normal” [...]. 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, le voy a hacer el tacto” [...] Cuando llegó conmigo me dijo/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<sup>5</sup>” [...]. 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” [...] es que yo sí les dije, sí les dije que eso no estaba/no era normal y no me hicieron caso.

O en el caso de Belén (31 años, de Tecámac, Edo Mex, con carrera técnica, casada, atendida en el IMSS), quien no sólo no fue escuchada, sino que terminó siendo sometida a procedimientos innecesarios y violentos. Ella acudió a un hospital del IMSS en el Estado de México para realizarse unos estudios de laboratorio, pero debido a que los datos de su tensión arterial resultaron sobre los parámetros establecidos, fue hospitalizada. Ella narra que durante toda la noche no le dieron comida ni fue capaz de dormir, lo cual le provocó migraña. El personal de salud no escuchó su explicación sobre las razones que provocaron su dolor de cabeza y activaron todo un protocolo basándose únicamente en ese síntoma. Sin ningún respeto a su privacidad, y mucho menos a su autonomía y la posibilidad de decidir sobre su cuerpo, llegaron varios miembros del personal

<sup>5</sup> *Coronar* se refiere al abultamiento de la vulva por la presión de la cabeza del bebé. Significa que ya se encuentra en el canal vaginal.

de salud a realizar *sus procedimientos*. Una clara muestra de la *reificación* que sufren las usuarias dentro del sistema hospitalario:

Llega la doctora y le dice [a la enfermera]: “¿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<sup>6</sup>], y yo: “¡Noo!” , o sea, ¿cómo van a vocear el código? [ ]. 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 ( ). O sea, todo mundo ahí picándote, diciéndote, tomándote laboratorios, y todo mundo diciéndote: “hija, no te estreses, no va a pasar nada”.

Ella fue un objeto sobre el cual se intervendría, del cual se obtendrían *datos* y se actuaría conforme a ellos, y no en función de su voz y experiencia, sino *picándola con agujas o conectándola a aparatos*.

Además, como algunas participantes lo compartieron, en la medida en la cual el personal adopta una postura de ser *quienes saben*, no aceptan ningún tipo de comentario u observación por parte de las usuarias, enfrentándose a *amenazas o amedrentaciones* sobre todo en cuanto a que “ya no las van a atender” o no van a realizar algún procedimiento que requieren las mujeres. Esto le sucedió a Juana (22 años, del Estado de México, con preparatoria, vive en unión libre, atendida en el IMSS), quien comparte:

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”.

Juana es enfermera, motivo por el cual conoce la forma correcta de aplicación de la inyección, habla el lenguaje de la medicina, empero, pese a que posee un saber legítimo, éste se vuelve sometido al colocarse en el rol de *paciente* y de *mujer embarazada*.

La asimetría de poder entre el personal y las mujeres se reafirma en cada situación de interacción, de tal suerte que, por una parte, la mayoría de las participantes hicieron referencia a un *maltrato generalizado* en todo

---

<sup>6</sup> El código Erin o código Máter “es la activación de un mecanismo de alerta al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación” (Secretaría de Salud, 2016: 29).

el proceso de atención, el cual iba desde la forma de hablarles o dirigirse hacia ellas hasta cuestiones como no pasarles el cómodo o negarles algún medicamento que requerían. Situaciones que en conjunto parecen reforzar la relación de poder que tiene el personal médico frente a quién está del otro lado (*paciente*). No obstante, lo que nos parece importante acentuar es que este tipo de acciones tienen la peculiaridad de ir acompañadas de alguna aseveración o expresión por parte de médicos/as y/o enfermeras/os que aluden al *deber ser* de las mujeres o se colocan como una forma de castigarlas frente a algún tipo de *desobediencia*, protesta o queja. Por ejemplo, Sofía (21 años, casada, con licenciatura, atendida en el SSA<sup>7</sup>) comparte, en relación con el personal médico: “no tienen corazón, o sea, tampoco van a estar ahí contigo de ‘ay, m’hija, mira, no llores’ o sea, yo lo sé, pero pues sí, no tienen modos”. Y lo mismo dice con relación a las enfermeras: “las enfermeras son, son muy... no tienen corazón, o sea, son muy frías. Sí son groseras”. Por su parte, Nadia (21 años, de Cd. Nezahualcóyotl, con licenciatura, vive en unión libre) nos comparte su experiencia con los camilleros, expresando: “son un poco bruscos, no tienen mucha delicadeza, o sea, como chocan las camas y eso”.

Incluso, estos comportamientos y actitudes hostiles aparecen también en el marco de actividades que forman parte de su hacer. Ésa fue la situación que compartió Belén (31 años, de Tecámac, Edo Mex, con carrera técnica, casada, atendida en el IMSS) pues presencié cómo otra mujer pidió a la enfermera un cómodo para poder orinar (pues no les permiten levantarse de la cama), obteniendo la siguiente respuesta: “Ash, le voy a pasar el cómodo, ¡pero que sea la única vez, eh! porque no puedo estarle ahí pasándole el cómodo”.

## El poder simbólico de la violencia en la experiencia de las mujeres

Ante las experiencias compartidas por las participantes, es inevitable señalar *la violencia simbólica* que está presente en la violencia obstétrica. Ésta va desde los procedimientos médicos, el espacio y la forma de aten-

<sup>7</sup> Secretaría de salud. Hospitales públicos para trabajadores no asegurados.

ción, los comentarios y acciones a las cuales son expuestas las mujeres, los ejercicios de poder y coerción frente al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su vida reproductiva, así como las políticas y prácticas particulares a cada espacio. Se hace evidente que, tanto en la acción como en la omisión, no siempre consciente para quien la recibe, se gestan mecanismos de control, subordinación y poder sobre las mujeres y sus cuerpos. En ese sentido, y según las experiencias que refirieron las participantes de esta investigación, hay algunos casos en donde incluso ellas *validan* de alguna forma el trato o comentarios que reciben por parte del personal médico, o bien, apelan a tener un mejor comportamiento como pacientes en contraste con otras mujeres. Es decir, se incorpora la estructura social en esta relación de dominio-subordinación. Por ejemplo, Lucía (26 años, de Venustiano Carranza, CDMX, con preparatoria, vive en unión libre, atendida en el IMSS) comparte su percepción en torno a otras mujeres y la manera en la que ella se encontraba en la sala de atención: “uno sí viene luego así quejándose, bueno, yo no me quejaba tanto”. Por su parte, Frida (26 años, de Venustiano Carranza, CDMX, con licenciatura, vive en unión libre, atendida en el IMSS) alude a su capacidad para aguantar el dolor: “todavía aguantaba el dolor y pues no empecé de exagerada, ¿verdad?”.

A la par, también se hace presente *el poder simbólico asociado a la figura del personal médico*, mismo que posibilita validar las acciones del personal, aun cuando vaya en contra de la propia experiencia de las participantes. Un ejemplo es el caso de Fátima (20 años, de Iztapalapa, CDMX, con secundaria, casada, atendida en el IMSS), quien nos comparte que le pusieron un medicamento muy rápido, e incluso escuchó cómo otras enfermeras le indicaban a quien la inyectó que tenía que ser más despacio, ella sólo pensó: “No, pues yo dije: ‘son las enfermeras y saben su trabajo ¿no?’”.

Asimismo, bajo la cosmovisión de que todo lo que hacen, refiriéndose al personal médico, deben de hacerlo por *el bienestar de las mujeres o sus bebés*, y que todas sus acciones deben ser parte del trabajo, la violencia obstétrica termina *naturalizada*. Sin embargo, es necesario decir que las participantes fueron conscientes de las violencias ejercidas, pero ellas no reclamaron, pues consideran que “vale la pena pasar por eso con tal de

que al final su hijo/a esté sano/a” y si esto pasa, se olvida todo lo sufrido y se “entregan” a las acciones del personal, como lo dijo Sandra (17 años, de Huichapan, Hidalgo, con licenciatura, soltera, atendida en el SSA): “cuando yo la oí gritar [a mi hija] respiré, ‘no ya, hagan lo que quieran’, o sea, en mi mente estaba: ¿hagan lo que quieran”.

Nos parece interesante la experiencia que compartió Sara en cuanto a estos saberes compartidos entre mujeres, de manera que existe una suerte de preparación o aceptación de ciertos tratos con tal de evitar mayor maltrato y a su vez asegurar un parto seguro y el bienestar de sus hijas/os. Sara (34 años, de Iztacalco, CDMX, con preparatoria, casada, atendida en el IMSS) comparte cómo su mamá le advirtió: “Mi mamá [...] cuando dice que le daban las contracciones, en vez de gritar, dice que ella se mordía [...], para que no le dijeran nada”. De tal forma que ella mismo optó por no gritar para evitar pasar por algún maltrato:

No grité 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”.

Con estos ejemplos es claro cómo el personal se convierte en un canal de expresión de discursos sociales que buscan reiterar el lugar de las mujeres bajo el *status quo*, por medio del maltrato, la burla o el regaño, así como a través de cualquier acción u omisión que coacciona las decisiones de las mujeres y violenta sus derechos sexuales y reproductivos.

## De las prácticas a las violencias institucionales y los contextos de precariedad en las instituciones de salud

En los relatos de las participantes son muy comunes formas de violencias que no dependen directamente del personal, se trata de *prácticas institucionales* que en muchos casos impiden una atención adecuada, pero además también pueden tornarse en violencias. Por ejemplo, la política de *negar el acceso de familiares junto con las mujeres*. Ese aislamiento viene bien para los procesos posteriores, pues al sentirse ellas solas en medio de todo el personal es más difícil que reclamen y más fácil que se sometan y cedan a la realización de los procedimientos. Este aislamiento puede continuar

por días, pues incluso después del parto las mujeres permanecen solas, pudiendo ver a sus familiares sólo una vez al día, durante el horario de visita.

También se hace presente el tema de *los trámites que son requeridos para poder recibir la atención hospitalaria*, de manera que algunas de las participantes se enfrentaron a situaciones como que, por ejemplo, les condicionaran la “incapacidad laboral” en función de asistir a una serie de pláticas sobre *trabajo social, nutrición, medicina preventiva y dentista*, o por motivos administrativos o institucionales que nada tienen que ver con ellas, como manifestó Belén:

Perdí toda la incapacidad prenatal, ya no me la quisieron dar [...] porque como a mi hijo lo sacaron antes de tiempo y como no me la querían 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.

Otra forma en la que la burocracia afecta directamente el bienestar de las mujeres es mediante los *protocolos establecidos sobre la atención del embarazo*, los cuales, aunados a que se ignora la voz y el sentir de las mujeres, llegan a graves consecuencias. Tal fue el caso que referimos de Belén al presentar una migraña por la falta de alimentos, derivado de un seguimiento inadecuado, pero que al final, y bajo el apego estricto al protocolo, más que a la situación particular de la participante, fue sometida a una cesárea. Como Belén refirió:

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 obstetra]: “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 [...] código.

Vemos nuevamente cómo la opinión y el sentir de las mujeres es lo último en consideración durante su atención. Desde la experiencia de las participantes, importan más las normativas y los datos de un instrumento que lo que ellas necesitan. Y a esto podemos sumar el *trato infantilizador* por parte del personal médico, pues al decirle “m’hija” reafirma su posición de poder sobre ella, y reitera la lógica sexista y patriarcal que puede cobrar lugar en estas dinámicas.

Otra situación que abona al ejercicio de una violencia institucional es la falta de insumos en los hospitales públicos, pues esto obliga a muchas mujeres a hacer largos recorridos en la búsqueda de poder ser atendidas en otras instituciones. Dicha situación se complejiza en el cruce con otros factores, por ejemplo, Sandra residía en una pequeña comunidad del estado de Hidalgo en cuya clínica sólo laboraba un médico y una enfermera sin los medios ni materiales necesarios para la atención de un parto, motivo por el cual la refirieron a un hospital en la ciudad más cercana. Sin embargo, no poseían ni formatos para realizar la referencia, ni ambulancia, por lo que ella y su familia tuvieron que buscar por sus medios la manera de llegar al otro hospital.

Ese hospital tampoco contaba con las condiciones óptimas para su atención; en primer lugar, no tenía espacio suficiente, le dijeron que el hospital estaba saturado, lo que generó un segundo rechazo. Éste era un hospital perteneciente a la Secretaría de Salud que cobraba por la atención. Aunque fuera un precio considerablemente menor en comparación con uno privado, resultaba incosteable para Sandra y su familia, lo que devino en una nueva violencia vivida, pues la falta de pago provocó la reclusión de Sandra durante varios días: “me quedé tres días ahí porque no habían ido a pagar. Me dijeron que no podía salir de ahí hasta que no pagara”.

Así, los contextos de precariedad de las instituciones de salud, en el sentido del reparto y acceso desigual de recursos materiales y humanos que se da hacia las instituciones en sí, dada su ubicación geopolítica, así como en términos de los sectores específicos a los cuales dan atención, sugieren visitar esto a partir de las violencias culturales que pueden estar presentes.

## Resistencia hacia las violencias

Las mujeres dentro de los hospitales se encuentran en una posición de gran vulnerabilidad y diversos elementos coadyuvan para reforzar tal posición. Estos mecanismos, como hemos mencionado, propician una *naturalización y normalización* de la violencia obstétrica, de modo que muchas de las formas de violencia aquí descritas son ejecutadas por el personal

de salud de manera irreflexiva, como parte de su práctica cotidiana. Sin embargo, las mujeres viven la violencia en carne propia y es evidente que para ellas no es invisible, y no se someten pasivamente al poder ejercido, sino que resisten activamente. Por ejemplo, Juana (22 años, de EdoMex, con preparatoria, vive en unión libre, atendida en el IMSS), nos comparte cómo se negó abiertamente a la realización de un procedimiento por personal no capacitado: “cuando los estudiantes, los internos, nos hacen el tacto, de que no saben y nos llegan a lastimar demasiado. [...] Yo sí les he dicho que no, que por ellos no me dejo hacer tacto”.

También, frente a la negligencia percibida por parte del personal, Belén (31 años, de Tecámac, Edo Mex, con Carrera técnica, casada, atendida en el IMSS) decidió solicitar su alta voluntaria:

Solicito 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 ése es su problema, ¿no?”.

Tales transgresiones resultan inusuales, lo cual genera molestia en el personal, pues *se cuestiona su autoridad*. Sin embargo, cabe destacar que Juana y Belén son enfermeras de profesión, por lo que cuentan con información y conocimientos que quizá posibilitan el llevar a cabo este tipo de protestas y transgresiones. Sin embargo, muchas mujeres no tienen esta posibilidad, y quizá es a la luz de guardar silencio, procurar no gritar, acallar el malestar y evitar el maltrato *per se*, que varias de las participantes buscaron sobrellevar la situación.

Por otro lado, a pesar de que no se trata de resistencias explícitas, hay un aspecto que fue común en muchas de las participantes: reconocer que algo está mal en el modo en que se da la atención del embarazo en los hospitales, que las cosas deberían ser diferentes, que deberían respetar su dolor y sus decisiones, como Luisa (20 años, de Iztapalapa, CDMX, con preparatoria, en unión libre, atendida en el IMSS), quien dice que: “[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”. Sin duda, la violencia no es invisible ni se encuentra normalizada en las participantes, lo que aquí queda

manifiesto es más bien que es difícil resistir ante todo un sistema en su contra. Sin embargo, *resisten*.

## Discusión

En esta investigación hemos presentado la existencia de diversas formas de violencia vividas por las mujeres durante la atención de sus partos. Se trata de violencias que son ejercidas por el personal de salud, pero analizarlas en el plano individual resultaría un examen parcial y muy limitado. El personal de salud —sin obviar su responsabilidad ante ciertos tipos de violencia— no es más que la vía de expresión de discursos sociales que tienen como finalidad el control y la reglamentación del modo de actuar y de ser que deben acatar las mujeres en nuestra sociedad. En ese sentido, el género funciona socialmente como *dispositivo de poder* abonando a dos funciones interrelacionadas: la producción de la dicotomía del sexo y de las subjetividades vinculadas a ella, así como la producción y regulación de las relaciones de poder entre varones y mujeres. Desde esta perspectiva, es posible pensar cómo los cuerpos de las mujeres 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, en términos de una sexualidad prohibida y una maternidad sagrada; y *sociales*, mediante normativas para una femineidad *adecuada*, donde han de ser obedientes y sumisas. Estos dispositivos han generado un discurso en el cual la sexualidad en las mujeres no se relaciona tanto con el deseo como con la función biológica reproductiva, es decir, la sexualidad femenina, dentro de este discurso hegemónico, es reducida a *la reproducción sin placer* (Amigot y Pujal, 2009).

Las mujeres sí deben ser madres, pero al mismo tiempo deben ser castas. Así, por ejemplo, una de las formas de violencia más evidentes para las mujeres son los regaños en los que se hace alusión de manera irónica al acto sexual para humillar y acallar los gritos de dolor que profieren durante el trabajo de parto. La visión tradicional es que la mujer está destinada a la maternidad, la cual requiere sacrificio. Las mujeres han de

pagar una especie de tributo por el placer sentido en el acto sexual, esto es, *un parto doloroso*.

Igualmente, la cosificación de sus cuerpos se hace evidente, 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: 172). Y para obligarla a amamantar, se romantiza la lactancia materna, se relaciona con amar y se crea la idea de que sólo a través de ésta 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, en el caso de Julia, a quien le dijeron que tenía que querer más a su bebé porque no había intentado darle de comer al no querer despertarle, cuestionando 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*, lo cual significa que sigue las recomendaciones internacionales de fomento de la lactancia materna exclusiva.

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 es una modalidad de poder que se dirige al control de la población, de su natalidad, de sus hábitos higiénicos, etcétera. Para tales efectos, la medicina actúa como una instancia reguladora y ese control se realiza a través de diversos dispositivos, 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 aceptar un método anticonceptivo justo después de su parto, como medio para cumplir con sus políticas de que ninguna mujer se vuelva a embarazar 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, que no deseaba ya tener más hijos/as, le negaron tener un método anticonceptivo definitivo por considerar que a sus 26 años estaba “muy chica” para tomar esa decisión. Se considera pues, que las mujeres no pueden decidir sobre

su cuerpo y su sexualidad, una mujer joven está en *edad reproductiva*, y eso es lo que importa, aunque no lo desee. Valdría la pena analizar de qué manera estas mismas lógicas operan en los embarazos forzados en niñas y adolescentes, la negación al derecho de abortar, etcétera.

Por desgracia, éstos no fueron casos aislados, *la esterilización coaccionada* fue una constante entre las participantes a quienes entrevistamos en el hospital. Desde el momento en que llegan al hospital, además de sus datos de identificación se les solicita escribir el método anticonceptivo que 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 OTB o salpingoclasia, 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.

Por último, 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, las cuales basan su conocimiento en los supuestos de neutralidad y objetividad y una práctica basada en evidencia y guiada por una teoría (Bellón, 2014, 2015). 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 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” —authoritative knowledge— (Brigitte Jordan, 1997, en Bellón, 2014: 27), que resulta el único válido dentro de ese contexto. Todo otro saber debe ser filtrado por el suyo para ser considerado válido. Es así como 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. De manera que no sólo los cuerpos de las participantes son colonizados, sino también sus saberes, pues al final, al estar como “pacientes” y además “mujeres” “pacientes” pierden el derecho a decir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción.

## Conclusiones

En esta investigación hemos presentado la violencia obstétrica tal como ha sido vivida por algunas mujeres. Desde una postura fenomenológica-hermenéutica reconocemos que las descripciones que ofrecieron las mujeres sobre su vivencia se refieren al modo en que experimentaron la violencia, pero no necesariamente quiere decir que los fenómenos existan en la realidad del modo en que los experimentaron, en particular, las narraciones que tienen que ver con los protocolos de atención hospitalarios o las decisiones médicas de parte del personal. Es probable que tales decisiones sí se hayan hecho con base en criterios establecidos por normativas o por guías de práctica clínica, sin embargo, las participantes las vivieron como negligencias o como violencias innecesarias en su contra.

No queremos decir con ello que no sean válidas sus experiencias, más bien nos invita a pensar en la importancia de tomar en consideración la vivencia de las propias mujeres durante su atención. Así, procedimientos que desde la perspectiva del personal de salud pueden resultar normales e inofensivos, como los tactos vaginales, son vividos por las mujeres de formas muy violentas.

Además, es necesario reconocer que la vivencia de cada participante siempre es situada, lo que significa que aspectos como su edad al momento del parto, las condiciones de vida, la escolaridad, entre otras,

le dan a cada experiencia un significado particular. Sin embargo, existen similitudes en sus experiencias, a través de las cuales es posible ver que estamos frente a un problema de salud pública —la violencia obstétrica— sostenido por varios sistemas de dominación, como el patriarcal, el capitalista y la biomedicina; éstos forman un entramado en el que se introducen las mujeres y son vistas como objetos sin autonomía, como úteros con un “producto” a obtener o como cuerpos patológicos que intervenir. Para comprender así el fenómeno, toda investigación a futuro deberá hacerse con una perspectiva feminista, ya que ésta 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.

Ante este panorama es claro que la solución requiere un cambio radical. No basta, aunque resulta importante que se haga, la promulgación de políticas que hagan de la violencia obstétrica un acto castigable. Es necesario atender las causas de fondo del problema, por ejemplo, analizar de manera crítica cómo en la propia formación del personal de salud se les educa para (re)producir las violencias; cuestionar el modelo biomédico como el único válido para la atención del parto y visibilizar modelos de atención del parto no hegemónicos, como la partería o el parto humanizado, que priorizan a las mujeres y las colocan como protagonistas; y revisar en cuanto a sus efectos las políticas actuales relacionadas con la reproducción, que en su aplicación son causantes de más violencias.

## Referencias bibliográficas

- Amigot, P., y Pujal, M. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. En: *Sociológica*, Vol. 24, No. 70, pp. 115-152.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. En: *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 1(11), pp. 155-180.
- 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.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. En: *Dilemata*; 18(1), pp. 93-111.
- Bordieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bronfman, M.; Castro, R.; Zúñiga, E., et al. (1997). "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. En: *Salud Pública de México*; 39(6), pp. 546-553.
- Camacaro, M. (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista latinoamericana*. 24(1), pp. 43-68.
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM-CRIM.
- Cobo, C. (2016). *La violencia obstétrica*. Tesis de licenciatura. Universidad de Cantabria, España.
- Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 75(1), pp. S5-S23.
- Duque, H., y Aristizábal, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. En: *Pensando Psicología*; 15(25), pp. 1-24.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Guerrero-Sotelo, R.; Hernández-Ramírez J.; Hernández-Arzola L.; Aragón-González, G. (2019). Categorías conceptuales de la violencia obstétrica. En: *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 7 (1), pp. 23-32.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (2015). *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida.

- Harding, S. (1987). *Feminism and Methodology*. USA: Indiana University Press.
- Lagarde, M. (2015). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Siglo XXI.
- Pintado-Cucarella, S.; Penagos-Corzo, J.; Casas-Arellano, M. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. En: *Ginecol Obstet Mex*; 83(1), pp. 173-178.
- Sadler, M.; Santos, M.; Ruiz-Berdún, D., et al. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*; 24(7), pp. 47-55.
- Sesia, P. (2020) Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrochi, P. y Magnone, N. (eds.) *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-29). Argentina: Universidad Nacional de Lanús.
- Wohlgemut, M. (2015). *El parto, un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica*. Tesis de licenciatura. Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.

## Stios web

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2018). Análisis de la queja médica en el servicio de ginecología y obstetricia. México: En: *CONAMED*. Consultado el 30 de octubre de 2020. Disponible en [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4\\_Gineco-obstetricia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/4_Gineco-obstetricia.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (endireh) 2016. En: *Boletín de prensa* núm. 379/17. Consultado el 26 de noviembre de 2020. Disponible en [http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/pob\\_hog\\_vivie/6\\_dinamicadelasrelaciones\\_090818-6.pdf](http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/comunicados/25ene19/pob_hog_vivie/6_dinamicadelasrelaciones_090818-6.pdf)
- Secretaría de Salud (2016). Triage obstétrico, código máter y equipo de respuesta inmediata obstétrico. Lineamiento técnico. Consultado el 30 de octubre de 2020. Disponible en [http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web\\_TriageObstetricoCM.pdf](http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2018). Conoce al IMSS. En: *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Consultado el 25 de noviembre de 2020. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>

### **Aldo Iván Orozco-Galván**

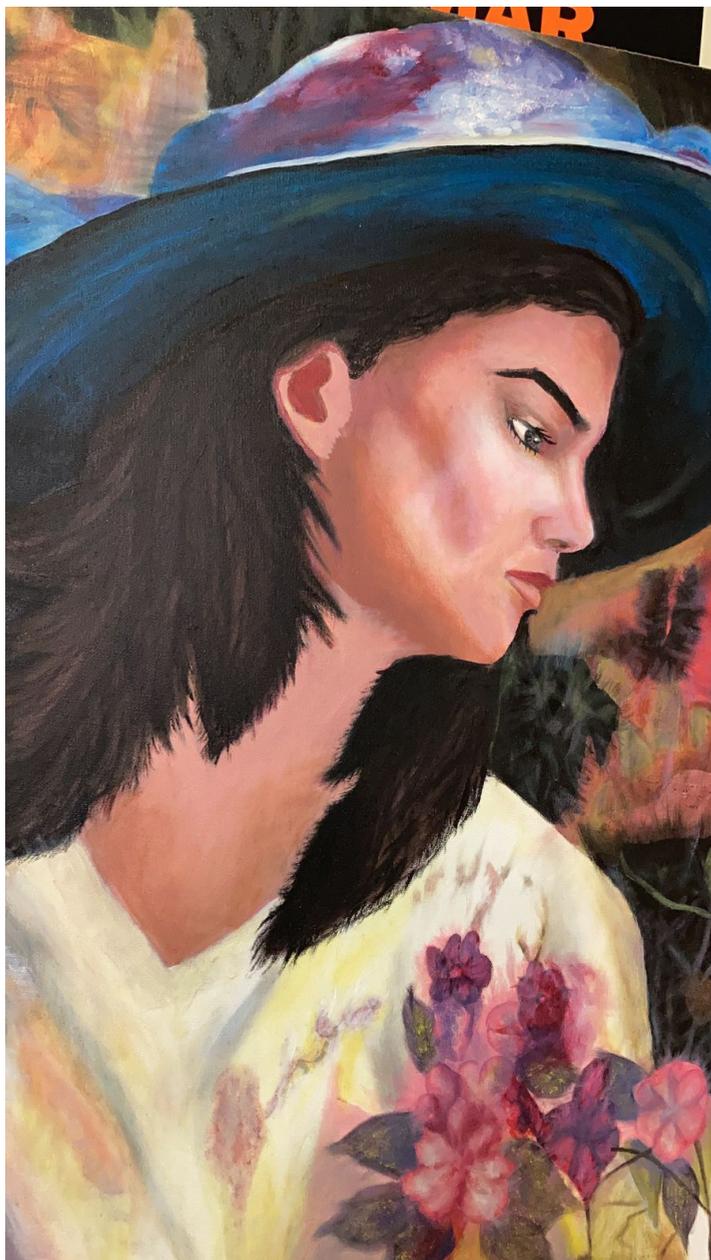
Mexicano. Doctorante en psicología social y ambiental por la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Grupo de Investigación en Estudios de Género y Sexualidad. Líneas de investigación: género y salud, violencia de género y formas de socialización en familias diversas. Correo electrónico: aldoivan.oz.g@gmail.com

### **Tania Esmeralda Rocha-Sánchez**

Mexicana. Doctora en psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora e investigadora de tiempo completo en la Facultad de Psicología. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores. Líneas de investigación: estudios de género, diversidad sexual y terapia narrativa. Correo electrónico: tania\_rocha@unam.mx

*Recepción: 17/04/20*

*Aprobado: 24/11/20*



Rocío, óleo sobre tela | de Ana María Vargas