



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la
violencia obstétrica en Tijuana, México

Tesis presentada por

Ester Espinoza Reyes

para obtener el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS CULTURALES

Tijuana, B. C., México

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis:

Dra. Marlene Celia Solís Pérez

Nolite te Bastardes Carborundorum

A Martha, por la vida.

A Merwin, por el amor.

A Mine, por la alegría.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgar los fondos que hicieron posible cursar mis estudios de posgrado y llevar a cabo esta investigación. A El Colegio de la Frontera Norte (El Colef) por otorgarme una formación de excelencia: al personal docente por todo lo que compartieron y lo que despertaron en los salones de clases, y al administrativo por contribuir con su labor eficiente a que el paso por el doctorado fuera más llevadero.

A la Dra. Marlene Solís, por ser la mejor directora de tesis que pude tener: por sus lecturas, sus comentarios, sus consejos, su escucha, su paciencia, sus palabras de aliento cuando más las necesité, por la vista al mar y por todos los cafés en nuestra esquina del Café Rojo. También por su valioso trabajo como coordinadora del Doctorado en Estudios Culturales. A la Dra. Teresa Cueva y la Dra. Graciela Freyermuth, quienes contribuyeron durante varios semestres con su participación en nuestras reuniones, con su lectura crítica, y sus recomendaciones teóricas y metodológicas, que permitieron que este trabajo tomara forma. A la Dra. Olga Olivas y la Dra. Margarita Viñas, por ayudar a afinar la última versión del manuscrito con sus observaciones y comentarios, y por el tiempo que se tomaron para charlar conmigo: ¡Muchas gracias a todas!

De la planta docente, agradezco en particular a la Dra. Olga Odgers, quien ha sido para mí desde hace años una fuente de inspiración y un ejemplo a seguir como investigadora, y sin cuyo incalculable apoyo no habría podido superar los obstáculos que se me presentaron durante este posgrado. Al Dr. Alberto Hernández, por estar siempre pendiente. Al Dr. Luis Escala por las sugerencias de textos y eventos que me hizo sobre el tema.

Agradezco profundamente a todas las mujeres que me compartieron sus experiencias de violencia obstétrica, pues sé que no se trata de una historia más, sino de una vivencia que las ha marcado y las hace ser ahora conscientes de que todas merecemos que nuestros úteros estén libres de colonización alguna: Gracias por el tiempo y por la confianza. Esta tesis es por ustedes y para ustedes, pero también para contribuir a que no haya más que tengan que vivir esta violencia.

Al personal de salud que aceptó conversar conmigo pues, aunque la información y experiencias que me compartieron no están plasmadas de forma explícita en este texto, me ayudaron a comprender el problema desde otro punto de vista.

A las personas que me ayudaron a contactar a algunas de mis informantes, en especial a mis amigas Nalleli y Alondra. A las integrantes del grupo de *Facebook* “Parto humanizado/respetado en Baja California” y de la “Casa de la Mujer Indígena” por su apoyo y participación en este trabajo.

A mis compañeros del programa, en especial al *squad* por hacer esta experiencia más agradable. A Rafa, con quien he compartido aula durante la licenciatura, la maestría y el doctorado, por acompañarme durante este largo trecho. Gracias por las conversaciones sobre la tesis y sobre la vida.

A mi familia, en particular a Martha, mi madre: ¡No sabía que traer una vida al mundo podía tener tanto significado! A mis hermanos, en especial a Lucía y Gabriel, por siempre estar dispuestos a escucharme y hacer la vida más divertida. A quienes ahora forman parte de mi familia extensa, por interesarse y estar siempre pendientes.

A Fuku y Bubua por acompañarme durante largos días y noches de escritura intensiva.

Por último, a Merwin, sin cuyo soporte no habría existido ni siquiera un protocolo de investigación, quien me animó a postularme al doctorado y me dio el aliento para permanecer en él durante estos tres años. Te agradezco el recordarme siempre la importancia que tiene este proyecto, el hacerme sentir que soy capaz y mostrarte tan seguro de que lo iba a lograr pero, sobre todo, te doy gracias por tu comprensión, tu paciencia y por tanto, tanto, tanto amor.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. (DES)HILANDO LA TRAMA: VIOLENCIA, CUERPO REPRODUCTOR Y AGENCIA	16
1.1. La problemática de la definición de violencia	18
1.2. El triángulo de la violencia: lo cultural y lo estructural como raíces de la violencia directa	21
1.3. Los elementos culturales y estructurales de la violencia obstétrica	24
1.4. Poder obstétrico, disciplinamiento y cuerpo reproductor	29
1.5. Las formas de agencia: del desconocimiento a la estrategia	33
Comentarios finales	36
CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA Y ESTRATEGIA ANALÍTICA	38
2.1. Perspectiva epistemológica	38
2.2. Criterios de selección de los casos de estudio	41
2.3. Técnicas de recopilación de datos	46
2.4. Presentación de los casos de estudio	47
2.5. Estrategia de análisis	53
Comentarios finales	53
CAPÍTULO 3. DIMENSIONES Y CONTEXTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	55
3.1. Tiempos violentos: Violencia de género en México	57
3.2. Inequidad y falta de acceso: Violencia económica de Estado	62
3.3. La práctica médica: ¿Una cultura violenta y autoritaria?	68
3.4. Por una cultura de derechos: Marco legal y normativo contra la violencia obstétrica	71
Comentarios finales	76
CAPÍTULO 4. “PERO ESO ES VIOLENCIA, QUE DECIDAN SOBRE TU CUERPO”: LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE LAS MUJERES	78

4.1. La violencia estructural como falta de acceso y discriminación	80
4.1.1. Falta de acceso a la atención obstétrica digna y oportuna	80
4.1.2. Las formas de discriminación en la práctica obstétrica	86
4.2. La violencia de género desplegada a través del poder obstétrico	93
4.2.1. El cuerpo reproductor frente al poder obstétrico	93
4.2.2. La violencia psicológica como afirmación de los mandatos de género	100
4.3. La cultura médica y las relaciones de saber/poder	105
4.3.1. Saber, poder e inducción del miedo	105
4.3.2. Patologización y medicalización excesiva	113
4.3.3. El aspecto relacional entre las parturientas y el personal de salud	118
Comentarios finales	125

CAPÍTULO 5. “FUE CUANDO CAÍ EN LA CUENTA Y DECIDÍ HACER LAS COSAS DIFERENTE”: DESCOLONIZACIÓN DEL ÚTERO Y TRAYECTORIAS DE APRENDIZAJE

5.1. Las formas de agencia individual: del desconocimiento a la estrategia	132
5.1.1. Desconocimiento	132
5.1.2. Conciencia pasiva	135
5.1.3. Táctica	141
5.1.4. Estrategia	143
5.2. Trayectorias de aprendizaje: la modificación de la agencia a través de las sucesivas experiencias de maternidad	152
5.3. La agencia colectiva: El papel de las comunidades, organizaciones e instituciones en la lucha frente a la violencia obstétrica	161
Comentarios finales	166

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

CAPÍTULO 1

Figura 1.1. Triángulo de la violencia	23
Figura 1.2. Pirámide de la violencia obstétrica	25
Figura 1.3. Formas de agencia ante la violencia obstétrica	35

CAPÍTULO 2

Cuadro 2.1. Características de las mujeres entrevistadas	45
--	----

CAPÍTULO 5

Figura 5.1. Estrategias de las mujeres que experimentaron violencia obstétrica en hospitales de Tijuana	145
Figura 5.2. Trayectoria de aprendizaje de Julia, grupo A	156
Figura 5.3. Trayectoria de aprendizaje de Jimena, grupo B	157
Figura 5.4. Trayectoria de aprendizaje de Tula, grupo C	160

RESUMEN

La violencia obstétrica es una violación de derechos que consiste en acciones u omisiones del personal de salud que dañan a las mujeres durante su embarazo, parto o puerperio. Algunas de las prácticas mediante las que esta se expresa son los malos tratos, los procedimientos innecesarios, la negación del servicio o la producción de daños. El objetivo de esta tesis es comprender las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres que han sido atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales de Tijuana y consideran haber sufrido este tipo de violación de derechos, así como las distintas formas de agencia puestas en práctica con el fin de afrontarlas. Para alcanzar este fin, se sigue la propuesta de Galtung (2016), que plantea que la violencia directa es solo la punta del iceberg de violencias de tipo cultural y estructural más difíciles de ver. Partiendo de una perspectiva fenomenológica y feminista, y mediante el relato narrativo, se describe a la violencia obstétrica como violencia económica, producto de las condiciones de precariedad imperantes en México; como resultado de relaciones desiguales de poder basadas en la hegemonía del saber médico y la subyugación de los saberes de las mujeres; como un intento de disciplinamiento de los cuerpos reproductores femeninos y efecto de la ausencia de una sólida cultura de derechos en nuestro país. Estas violaciones de derechos resultan en distintas formas de agencia que son clasificadas como desconocimiento, conciencia pasiva, tácticas y estrategias, las cuales pueden darse a nivel individual o colectivo. Así mismo se encuentra que las sucesivas experiencias de gestación producen distintas trayectorias de aprendizaje que van modificando y enriqueciendo esta capacidad de agencia. **Palabras clave:** violencia obstétrica, violencia económica, cuerpo reproductor, agencia, trayectorias de aprendizaje.

ABSTRACT

Obstetric violence is a violation of rights that consists of actions or omissions of healthcare personnel that harms women during pregnancy, childbirth or puerperium. Some of the practices through which it is expressed are the mistreatment, unnecessary procedures, denial of attention or production of damages. The objective of this thesis is to comprehend the experiences of obstetric violence experienced by women who have been treated during pregnancy, delivery and puerperium in Tijuana hospitals and consider having suffered this type of violation of rights, as well as the different forms of agency in order to face them. To achieve this goal, we follow Galtung's (2016) proposal, that states that direct violence is only the tip of the iceberg of cultural and structural violence that is harder to see. Starting from a phenomenological and feminist perspective, and through narrative stories, obstetric violence is described as economic violence, product of the conditions of precariousness prevailing in Mexico; as a result of unequal power relationships based on the hegemony of medical knowledge and the subjugation of women's knowledge; and as an attempt to discipline the female reproductive bodies and effect of the absence of a strong culture of rights in our country. These violations of rights result in different forms of agency that can be classified as lack of knowledge, passive awareness, tactics and strategies, which can be implemented individually or collectively. It is also found that the successive gestational experiences produce different learning trajectories that modify and enrich this capacity of agency. **Keywords:** obstetric violence, economic violence, reproductive body, agency capacity, trajectories of learning.

INTRODUCCIÓN

Hablar de colonización del útero es pensar en la maternidad como un concepto colonizado, un evento que, aunque experimentado por mujeres, es definido mediante conceptos de la ideología patriarcal (Ehrenreich, 1993). Actualmente, con la aparición de nuevas formas de maternar que cuestionan y buscan deconstruir los modelos clásicos de ser madre¹, sería aventurado afirmar que todas las formas de maternidad están colonizadas, sin embargo, tampoco es posible negar que la colonización del útero continúa presente de diversas formas, como la falta de acceso a una educación sexual y a mecanismos de anticoncepción, así como al aborto legal y seguro. En este sentido, plantearse una descolonización del útero es imaginar las posibles formas de agencia empleadas por quienes han sufrido esta ocupación.

Esta tesis parte de la consideración de que algunas prácticas médicas, más que tener como fin la búsqueda del bienestar y el respeto de la subjetividad de las mujeres en proceso de gestación, parto o puerperio, surgen basadas o están limitadas por ideas de superioridad de lo masculino y desvalorización de lo femenino, así como por la lógica del sistema económico capitalista. En particular, el trabajo se enfoca en una de las modalidades que ha tomado la colonización del útero, la violencia obstétrica,

una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica 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 puerperio², 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, A.C., GIRE, 2015, p. 124).

1 Respecto al tema de las nuevas maternidades, maternidades feministas y no maternidades en nuestro país pueden verse los trabajos de Sánchez, Espinosa, Ezcurdia y Torres (2004); Tavira, García, Ronzón y Román (2018) y Gómez y Tena (2018).

2 Se llama puerperio o posparto “al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días” (Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, 2016).

Antes de proseguir con este planteamiento, es importante señalar la dificultad para definir lo que puede considerarse o no como violencia, pues el uso de esta etiqueta no siempre cuenta con el consenso de los tres actores que están habitualmente implicados en ella: los victimarios, las víctimas y los testigos; además de que la violencia suele ser parte de un continuo en el que quienes son calificados como victimarios pueden ser simultáneamente considerados víctimas de otro tipo de violencia. Esto se encuentra estrechamente relacionado con los aspectos culturales que permean los significados humanos en cada sociedad, por lo que consideramos que, en la producción de la violencia obstétrica, su definición y la lucha en contra de esta juegan un papel muy importante la cultura de género, la cultura médica y la cultura de derechos, así como las inequidades estructurales.

Algunos cuestionamientos que se vuelve indispensable realizarse cuando se aborda el tema de la violencia es ¿cómo se perciben o representan quienes la han padecido?, ¿se autodenominan realmente como víctimas?, ¿son sujetos pasivos o ejercen su capacidad de agencia con el fin de alcanzar determinados fines? De tal manera, en esta investigación interesa comprender no solo la violencia obstétrica experimentada por las mujeres, sino las diversas formas de acción mediante las que éstas le hacen frente.

En Baja California, la inclusión del concepto de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado se llevó a cabo en marzo de 2016, sin embargo, para que esto ocurriera, el recorrido ha sido largo: en América Latina, la idea de violencia obstétrica comienza a adquirir visibilidad con la creación de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, aprobada por Venezuela en 2007. Posteriormente, en 2009, Argentina emite la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales; mientras que, en México, la entrada en vigor de las legislaciones se dio en Veracruz en 2012, en Guerrero en 2014 y en Chiapas en diciembre de este mismo año (GIRE, 2015).

Aunque, hasta el momento, aproximadamente una tercera parte de las entidades federativas no han penalizado esta forma de violencia ni la incluyen en su Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia, México cuenta con un importante marco

normativo en la materia -como el artículo 4º de la Constitución Política, la Ley General de Salud y las Normas Oficiales-, el cual es respaldado por instrumentos internacionales como el artículo 12 de la Convención para Prevenir la Discriminación Contra la Mujer o la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Violencia contra la Mujer (Meza, Mancinas, Meneses y Meléndez, 2015). Sin embargo, hasta ahora esto no ha conseguido garantizar que el derecho a un acceso a la salud materna -y la salud en general- y una atención obstétrica apegada a los derechos humanos sean respetados del todo.

En Baja California, más de una tercera parte (34.8%) de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron su último parto entre 2011 y 2016, vivieron incidentes de maltrato que, desde nuestra perspectiva, pueden calificarse como violencia obstétrica³. Este número asciende hasta un 40 por ciento cuando se trata de mujeres que hablan una lengua indígena y/o se consideran indígenas. Entre las situaciones con mayor prevalencia están los gritos o regaños, con un 11.2 por ciento y el no atender a la mujer por gritar o quejarse mucho (10.3%) o el realizarle una cesárea sin que ella pudiera comprender por qué era necesaria (10.3%) (INEGI, 2017), es decir, se trata de situaciones que, más allá de que pueden estar relacionadas con cuestiones de infraestructura, tienen que ver con la forma en que se establecen las relaciones interpersonales por parte de los profesionales sanitarios y pueden ser evitadas o disminuidas mediante la empatía y la comunicación efectiva⁴, asertiva⁵ y oportuna⁶.

3 Cabe señalar que en el documento del que se obtuvieron estas estadísticas, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 Instituto (Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2017) no se menciona explícitamente en ningún momento el término de “violencia obstétrica”, sino que se refiere a esta como “maltrato en la atención obstétrica”, sin embargo, las situaciones que son incluidas dentro de este apartado de la encuesta coinciden con las diversas formas en que este tipo de violencia se expresa según las distintas definiciones y textos que revisamos en la elaboración de esta tesis.

4 Para definir a la comunicación como efectiva, Kurtz (2002), quien se enfoca en las relaciones médico-paciente, considera que es necesario que esta presente cinco principios básicos: 1) Asegura una interacción en vez de una transmisión directa, 2) Reduce la incertidumbre innecesaria, 3) Requiere planificación, 4) Demuestra dinamismo y 5) Sigue un modelo helicoidal más que lineal.

5 La comunicación asertiva es la habilidad de hablar e interactuar de manera que se consideren y respeten los derechos y opiniones de los otros, al mismo tiempo que se defienden los propios derechos, necesidades y límites personales. Esta permite las discusiones abiertas a la variedad de opiniones y la escucha de necesidades y opciones que pueden ser consideradas respetuosamente para alcanzar una solución beneficiosa, entre otros beneficios (Pipas y Jaradat, 2010).

6 Hablar de comunicación oportuna en el contexto hospitalario se refiere a otorgar la información que los usuarios necesitan en el momento adecuado para que puedan tomar buenas decisiones respecto a su salud.

Una de las principales características de la violencia obstétrica es el existir de forma invisibilizada. Así, aunque algunos de los malos tratos, abusos o negligencias ocurridos durante la atención obstétrica en Baja California no han tenido una amplia difusión a través de los medios y las redes sociales, como ha ocurrido en los casos de otras entidades, la violencia obstétrica se vive en el estado, tanto por mujeres jóvenes, como mayores, hablantes de lenguas indígenas y no indígenas, en zonas urbanas o rurales. Así lo demuestran cuando menos diez recomendaciones que han sido emitidas por organismos defensores de derechos humanos tanto a nivel estatal como nacional desde 2011 (véase anexo 1).

Aunque las estadísticas para la entidad señalan que la violencia obstétrica es experimentada en mayor medida por las mujeres de áreas rurales, las denuncias presentadas en Baja California se han desarrollado principalmente en dos contextos opuestos: el primero es Ensenada, particularmente en San Quintín, una zona con una notable población indígena y migrante, donde las mujeres son utilizadas como medio para el entrenamiento médico, lo que provoca que se les realice una gran cantidad de tactos⁷, además de ser sometidas a humillaciones, faltas de respeto y violencia física (Grupo de Trabajo conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de Baja California, 2015), pero además también se han presentado algunos de los casos más graves de muertes maternas y defunciones de recién nacidos (Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana de Baja California, PDHPCBC, 2014; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, 2015; CNDH, 2017; Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California CEDHBC, 2016)⁸.

El segundo caso se refiere a Tijuana, una de las ciudades más urbanizadas de la entidad, donde se han presentado también situaciones en las que se niega la atención adecuada a las mujeres en trabajo de parto y los alumbramientos se han dado en la vía

7 Los tactos son parte del examen físico que se le hace a la mujer embarazada; mientras que la paciente se encuentra en posición de litotomía, el médico introduce los dedos medio e índice en la vagina, esto le permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna (Carvajal y Ralph, 2017).

8 Los casos se pueden ver en el anexo 1, donde se resume brevemente cada uno de ellos.

pública⁹ o en algunos casos esto ha desencadenado la muerte del producto (PDHPCBC, 2011, 2013). De las diez recomendaciones realizadas por organismos de derechos humanos (véase anexo 1), cinco corresponden a situaciones presentadas en este municipio, por lo que las características que lo diferencian de otros espacios en donde se ha denunciado la existencia de violencia obstétrica son una de las principales razones por las cuales surge el interés de llevar a cabo la investigación en este lugar.

Las situaciones mencionadas permiten ver que, a pesar del avance en la cuestión de derechos humanos, como el derecho a la salud y a una vida libre de violencia, esto no se ha logrado reflejar del todo en la situación cotidiana de las mujeres. Dadas entonces las condiciones para prevenir y sancionar la violencia obstétrica en el país, cabe preguntarse: ¿Por qué se presenta este fenómeno?, ¿Qué ocurre en la brecha que separa a lo que debería ser por derecho y lo que ocurre de hecho en la vida cotidiana de las mujeres, en este caso con sus experiencias de gestación y la atención obstétrica que reciben? En otras palabras ¿Qué es lo que hace falta para alcanzar el ideal plasmado en las leyes y normas que regulan esta problemática?

Es preciso recordar que con la reforma constitucional mexicana de 2011 se realizó un cambio de paradigma en el que el artículo 1º pasó de otorgar garantías individuales a reconocer los derechos humanos contenidos en los tratados internacionales que el país suscribe, los cuales adquirieron un carácter vinculante al incorporar al sistema legal mexicano la obligación de las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de acuerdo con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, además del principio de derecho internacional de la reparación, entre otras modificaciones (García, 2015), hechos que representan importantes avances en materia de justiciabilidad y exigibilidad.

Meza y colaboradores (2015) señalan que en México los mecanismos de exigibilidad -esto es, los instrumentos mediante los que se garantiza que el Estado ejerza las obligaciones que ha asumido respecto a la protección de los ciudadanos y sus

9 Uno de los casos más recientes ocurrió en febrero de 2019, debido a que la derechohabiente olvidó su tarjeta de afiliación al salir rumbo a uno de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social y, a pesar de que ella y sus acompañantes accedieron al pago de los 30 mil pesos que le solicitaban en la recepción, la atención le fue negada, por lo que dio a luz en las afueras de la clínica (Fabela, 2019).

derechos- en materia de atención obstétrica son tres: los de tipo preventivos, cuyo objetivo es corregir o fortalecer acciones en salud para evitar las violaciones a derechos humanos; los disuasivos, con los que se pretende inhibir a las conductas violatorias de derechos; y los mecanismos de reparación, que tienen como fin resarcir a la víctima. Sin embargo, para estos autores, ninguna de estas medidas es efectiva en situaciones de riesgo inmediato, se trata de estrategias que solo pueden aplicarse a posteriori y tener efecto en el mediano plazo.

Respecto a las dificultades y limitaciones que enfrentan las mujeres agraviadas por este tipo de violaciones y los organismos que las defienden, ya ha escrito Sesia (2017), quien analiza uno de los casos más emblemáticos y conocidos de violencia obstétrica en México, el de Irma, la mujer mazateca que dio a luz en las jardineras de un hospital público de Jalapa de Díaz, Oaxaca, debido a la negación de la atención por parte del personal de salud que laboraba en este, y el papel de GIRE en la implementación de estrategias judiciales y extrajudiciales con el fin de que el daño ocasionado a Irma y a su hijo fueran resarcidos, pero que, además se implementaran medidas de no repetición por parte del sistema de salud.

Tanto las distintas formas de exigibilidad como la búsqueda de justiciabilidad, es decir, la exigibilidad como proceso legal que implica la defensa de derechos violados ante tribunales o instancias administrativas requieren pues, de la instauración de espacios institucionalizados que posibiliten la rendición de cuentas (Freyermuth, 2015), pero mientras estos llegan a consolidarse, resulta interesante preguntarse de qué manera están haciendo frente las ciudadanas a las situaciones en las que sus derechos sexuales y reproductivos se ven vulnerados a través de la violencia.

La legislación y normativas existentes respecto al tema son resultado de una larga y continua lucha por parte de las mujeres para alcanzar una serie de derechos que se ha dado en distintos momentos y desde diversos frentes. En cierto sentido y hasta cierto punto, la implementación de estos marcos normativos representa historias de agencia exitosa y, en particular en el caso de la violencia obstétrica, se trata de ejemplos que permiten comprender a estas leyes como fruto de una politización de las experiencias de gestación y maternidad. No obstante, la construcción de ciudadanía es una labor

constante que requiere, además de una toma de conciencia, la puesta en escena de recursos políticos y organizativos mediante los cuales se evite que las leyes se conviertan en letra muerta. El problema de investigación de esta tesis se sitúa dentro de este contexto y es por ello por lo que interesa indagar en la capacidad de acción de las mujeres que han vivido la experiencia de maternidad, en específico de quienes reconocen haber sido violentadas.

La violencia es un hecho en el que tradicionalmente suele considerarse que participan por lo menos una víctima y un victimario, aunque existe la posibilidad de que las subjetividades que estos han fabricado respecto a sí mismos no concuerden con los papeles que otros les asignan. Lo que se juzga como un acto violento y los roles que juegan los implicados tienen muchos matices, en particular en lo que respecta a la intencionalidad de quien es calificado como victimario y la capacidad de actuar de quienes son tildados de víctimas, es decir, esta relación más que caracterizarse como una dicotomía en blanco y negro, debe ser comprendida como un continuo o una escala de grises.

Pensar a la violencia como un continuo implica, así mismo, evitar la oposición víctima=pasiva/victimario=activo y considerar que quienes padecen la violencia tienen determinada capacidad de agencia, mediante la que pueden conformarse, resistir o negociar ante el agresor, y que la violencia que este ejerce puede ser resultado de una capacidad de agencia mermada o insuficiente para alcanzar determinados objetivos. En consonancia con esto, se vuelve necesario tener en cuenta el contexto específico en el que se desarrollan estas experiencias y las particularidades que las caracterizan.

En el análisis de la violencia obstétrica además es indispensable observar que esta es tan solo una forma de violencia directa, es decir formada por comportamientos visibles y concretos, que forma parte de un triángulo de violencia más amplio con raíces en lo cultural y lo estructural, en donde los aspectos culturales y simbólicos de nuestra existencia son utilizados para justificar o legitimar a la violencia directa o a la estructural, mientras que esta última se muestra como una distribución de poder y recursos desiguales y, por tanto, como desigualdad en las oportunidades de vida (Galtung, 1969, 2016).

Aunque las investigaciones sobre violencia obstétrica se han multiplicado en la última década, estas se han concentrado particularmente, y de forma separada, en dos aspectos del problema. Un primer grupo de trabajos ha puesto su mirada en examinar la perspectiva de los prestadores de salud respecto a su grado de conocimiento sobre la violencia obstétrica y sus implicaciones legales (Faneite, Feo y Toro, 2012), su percepción sobre este tipo de violencia y la posible relación que esta tiene con el síndrome del *burnout* (Pintado, Penagos y Casas, 2015), la experiencia de enfermeras obstetras (Gonçalves, Carreira, Pinheiro, Carcaman y Kakuda, 2014), la visión de las parteras que han trabajado en hospitales públicos (Dixon, 2015), la postura de los médicos en torno al parto humanizado (Pozzio, 2016), sus imaginarios sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Camacaro, 2013) y la patologización de los procesos de parto en el discurso médico (Camacaro, 2009).

Un segundo conjunto de textos analiza las experiencias de abuso reportados por las pacientes, ya sea a través de entrevistas u observación directa (Monroy, 2012; Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013; Valdez, Hidalgo, Mojarro y Arenas, 2013; Valdez, Salazar, Rojas y Arenas, 2016; Da-Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017; Garay, 2017; Opazo, Ramirez y Chamorro, 2017; Kukura, 2018), la frecuencia de algunas conductas tipificadas como violencia obstétrica (Camacaro, Ramírez, Lanza y Herrera, 2015), su prevalencia y el grado de conocimiento que las mujeres tienen de ella (Pereira, Domínguez y Toro, 2015).

Si bien, estos trabajos representan un gran avance en la investigación de la violencia obstétrica, en la mayoría de ellos se presentan algunas ausencias: por un lado, no analizan simultáneamente las voces de ambas partes de la ecuación en este problema; esta carencia comienza a cubrirse por artículos como los de Junqueira y De Matos (2017), Chattopadhyay, Mishra y Jacob (2018) y Perera, Lund, Swahnberg, Schei e Infanti (2018); mientras por otra parte, no consideran la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales en las salas de parto; al respecto un trabajo pionero es el de Smith-Oka (2015).

En menor cantidad que los primeros dos tipos de trabajos mencionados es posible encontrar estudios en los que se enfatizan los roles, las lógicas y la agencia -tanto

individual como colectiva- de las mujeres en este fenómeno; entre ellos se pueden mencionar a Castro y Erviti (2003), quienes describen los mecanismos sobre los que se montan violaciones, abusos y maltratos durante la atención obstétrica, entre estos los que operan desde las propias mujeres; Chadwick (2017), quien utiliza el término de agencia ambigua para describir a la pasividad, la obediencia y el actuar el rol de la paciente dócil por parte de las mujeres como formas de acción; Castro y Savage (2018), que explican a través del concepto de preferencia adaptativa por qué las mujeres aceptan la mala calidad de atención que reciben, así como Bellon (2014) y Gonzalez-Flores (2015), quienes examinan las formas de activismo contra la violencia obstétrica.

La contribución de la presente tesis se da en el conjunto de estos últimos trabajos, puesto que en este campo aún quedan cuestiones sin responder, como la distinción entre los casos en que las mujeres son capaces de ejercer su agencia de una forma fuerte, reflexiva y a largo plazo, es decir, a través de estrategias, o actúan a la defensiva mediante tácticas de alcance inmediato. Así mismo, hace falta llegar a un entendimiento respecto a cómo se vinculan la agencia individual y colectiva en la lucha por la defensa de los derechos de las mujeres. De esta forma, considero que la temática abordada por este último conjunto es el que nos puede ayudar a dar un paso más en la comprensión de la complejidad que caracteriza a la violencia obstétrica. En el estudio de este fenómeno es importante también preguntarnos cuáles son las lógicas que guían la acción de las mujeres, cómo sus experiencias particulares las llevan o no a definirse como víctimas, en qué situaciones se conforman ante la perpetración de violencia, en cuáles negocian o se resisten y con qué recursos lo hacen.

En el caso de la atención obstétrica, la capacidad de agencia se ve obstaculizada aún más por el estado de vulnerabilidad en el que suelen encontrarse las embarazadas, parturientas o puérperas y por la marcada hegemonía que posee la medicina como conocimiento autorizado frente a los saberes propios de las gestantes, sin embargo, aunque el embarazo y el parto están llenos de sujeciones y controles, este periodo “también moviliza muchas estrategias de resistencia, cuestionamientos y críticas en las dueñas del embarazo y parto, lo que puede convertirse en importantes líneas de fuga y movilización hacia gestares y parires más respetados” (Vallana, 2016, p. 68).

Partiendo de este planteamiento del problema, el objetivo general de esta tesis es *comprender las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres que han sido atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales de Tijuana y consideran haber sufrido este tipo de violación de derechos, así como las distintas formas de agencia puestas en práctica con el fin de afrontarlas.*

Los objetivos específicos son los siguientes:

- a. Identificar el papel que juegan la violencia cultural y la violencia estructural en la producción de violencia obstétrica directa.
- b. Analizar e interpretar las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales públicos y privados de Tijuana.
- c. Examinar las distintas formas de agencia puestas en práctica por las mujeres con el fin de enfrentarse a sus experiencias de violencia obstétrica a nivel individual y colectivo.

En esta propuesta se parte de un marco teórico que comprende a la violencia como un fenómeno de carácter polisémico, de difícil demarcación y cuya construcción está llena de tensiones. Para alcanzar los fines de esta tesis se sigue la propuesta de Galtung (2016) y se plantea que la violencia directa o visible es solo la punta del iceberg de violencias de tipo cultural y estructural que resultan más difíciles de ver.

La violencia obstétrica es descrita como un fenómeno complejo y multifactorial en el que se entrelazan diversas problemáticas, entre ellas la violencia de género y el constante intento de disciplinamiento de los cuerpos reproductores por parte de las instituciones sociales; la violencia económica ejercida por el Estado mediante la implantación de políticas neoliberales que afectan a gran parte de la población, aunque de manera desigual a partir del género, la raza y la clase, entre otros factores; y la violencia presente en el campo de la salud, la cual surge del *habitus* autoritario que distingue a los profesionales médicos (Castro, 2014) y de la enorme asimetría de poder que caracteriza a las relaciones entre estos y sus pacientes, en particular a las mujeres y, por último, de la ausencia de una sólida cultura de derechos en nuestro país.

Un concepto importante en este trabajo es el de cuerpo, el cual se considera inmerso en un campo político (Foucault, 2002), respecto al cual el papel de la obstetricia ha sido convertir el cuerpo reproductor femenino en un cuerpo dócil, disciplinado, sometido y útil que aporte a la línea de producción capitalista del nacimiento y cumpla con los ideales sociales de la “buena madre”. Este sometimiento no es necesariamente violento, sino que puede ser sutil y difuso, implementándose a través de una serie de mecanismos de desautorización (Sadler, 2004).

La agencia es entendida como la capacidad socialmente determinada de actuar y hacer una diferencia condicionada por las estructuras sociales del lenguaje, el carácter rutinario de la vida moderna y las narraciones físicas y emocionales que no podemos traer a la conciencia por completo (Barker, 2004). En este trabajo se propone partir de una clasificación de cuatro posiciones en el espectro de la agencia, los primeros dos inspirados en Bourdieu (2000) y los otros dos en De Certeau (2000): el desconocimiento, que representa una falta de conciencia respecto a estar siendo sujeta de violencia; la conciencia pasiva, en la que se ha tomado conciencia de que se experimenta violencia, pero esto no lleva a la acción; la táctica, que se lleva a cabo con fines principalmente defensivos e inmediatos utilizando, manipulando y desviando las circunstancias, y la estrategia, una forma de agencia fuerte y avasalladora, que va a la ofensiva y confronta, pues cuenta con el tiempo y el espacio para llevar a cabo cálculos de las relaciones de fuerzas.

¿Por qué es importante para los estudios culturales y de género ocuparse de la violencia obstétrica? O ¿de qué manera estos son una perspectiva apropiada para analizar este fenómeno? Al ser la cultura la “organización social del sentido” (Giménez, 2005), esta permea todos los significados humanos, por lo que a pesar de que los procesos reproductivos han sido considerados naturales, “están indefectiblemente atravesados por la cultura, vivenciándose de manera diferente en las diversas sociedades, donde son pautados por los intereses políticos, ideológicos, económicos y, en última instancia, históricos” (Camacaro, 2008, p. 97).

Desde mi experiencia de investigación, el interés en este tema surge como una forma de darle seguimiento a algo que ya había trabajado previamente: la violencia, las

mujeres y el cuerpo. Si bien, anteriormente el contexto en el que había trabajado estos temas era una institución religiosa, y la violencia que estudié podría ser descrita como cotidiana y sutil¹⁰, en este trabajo me atrajo analizar otro tipo de violencia, una que se da durante eventos únicos en la vida de las mujeres, pero que es avasalladora y deja marcas indelebles. En este sentido, esta tesis representa para mí un avance en la comprensión de la articulación de la violencia, pero también de su desarticulación a través de la agencia.

En el aspecto académico, opino que, aunque la producción científica sobre violencia obstétrica se ha intensificado en los últimos años, es aún incipiente y, por tanto, tiene muchas facetas que deben ser exploradas para llegar a una comprensión más compleja y profunda del tema. Ahondar en esta cuestión desde la perspectiva que propongo significa un aporte al análisis de la violencia en general, al estudio del cuerpo y a la reflexión sobre las formas de agencia de las mujeres.

Concuerdo con Sesia (2017) cuando enfatiza la importancia de utilizar la categoría epistémica “violencia obstétrica” en lugar de términos como “mala práctica médica”, con el fin de visibilizar que este no es un problema compuesto por un número reducido de casos individuales, aislados, accidentales o fortuitos, sino que se trata de “una condición estructural que el sistema público de salud materna fomenta, solapa y reproduce” (p. 93) y de un fenómeno compartido por mujeres que han sufrido violaciones parecidas entre sí, de forma evidente hasta ahora, por mujeres que han sido histórica y socialmente excluidas y discriminadas, pero como se puede concluir de la presente tesis, tal vez de formas más veladas, también por aquellas que pueden ser consideradas con mayores privilegios o recursos. En un contexto en el que hablar de violencia obstétrica representa “una profunda disputa semántica, ideológica y política” (Sesia, 2017, p. 94), en la que buena parte del personal de salud rechaza de manera vehemente la existencia de este problema como tal y su nominación de esta forma, opino que, como una mujer joven que se dedica a la producción de conocimiento es un deber abonar a la causa que lucha en contra de este tipo de violaciones a nuestros derechos.

10 Me refiero con esto a mi tesis de maestría “Más que Evas y Marías: discursos y prácticas de feminidad en la primera Iglesia Apostólica de la Fe en Cristo Jesús en Tijuana” (Espinoza, 2014).

Desde un enfoque de justicia social, visibilizar la violencia obstétrica es poner sobre la mesa para la discusión una violación de derechos que han padecido aproximadamente tres de cada diez mujeres que han sido madres en nuestro país (INEGI, 2017)¹¹, con lo cual se busca incidir en la creación e implementación de estrategias y políticas públicas que ayuden a prevenir, sancionar y erradicar este tipo de violencia que puede alcanzarnos a todas, al mismo tiempo que lo hace de forma desigual. Este trabajo tiene también la esperanza de contribuir a la toma de conciencia por parte de las mujeres sobre la necesidad de conocer y ejercer sus derechos, además de confiar en su capacidad de acción, sus necesidades y los saberes sobre sus propios cuerpos.

Camacaro (2008) considera que “la discusión sobre el cuerpo de la mujer y su condición reproductiva es la punta del ovillo en la cuestión de la opresión y control social de la mujer” (p. 108). Con este trabajo lo que se busca es desatar esa punta, contribuir a desenmarañar este enredo. La naturaleza catalizadora de la discusión sobre este fenómeno es, pues, un importante motivo que justifica la urgencia de examinarlo científicamente. Más allá del hecho de que la violencia obstétrica debe eliminarse por el sufrimiento y el dolor que provoca en quienes la viven, es indispensable estudiarla y combatirla si se quiere avanzar hacia un mundo en el que las mujeres dejemos de ocupar un lugar social secundario que nos ha sido asignado por otros, en el que la equidad de género sea una realidad y nuestros úteros dejen de estar colonizados.

Para alcanzar el propósito de esta tesis, se empleó una metodología cualitativa, privilegiando un enfoque fenomenológico que buscó comprender el fenómeno social desde la perspectiva de los actores, en este caso, particularmente la realidad sobre la violencia obstétrica percibida por las mujeres que la han experimentado. Dado que múltiples agentes toman parte en el fenómeno de la violencia obstétrica, se busca también trabajar desde la perspectiva construccionista, la cual se enfoca en el papel del ser humano en la construcción del significado sobre el mundo en el que está participando. En ese sentido, el texto que aquí se expone representa una lectura de la interpretación que los informantes hacen de sus propias experiencias.

¹¹ Hablo aquí del 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que, en los últimos cinco años previos a la aplicación de la ENDIREH 2016, tuvieron un parto en México y sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron durante este.

En este trabajo de investigación el género destaca como categoría de análisis central, sin embargo, se buscó desde un inicio explorar las interconexiones entre otras categorías de la diferencia como la clase, el nivel educativo, la edad y la etnicidad, mientras que algunas otras -como el peso- emergieron durante el trabajo de campo. La búsqueda de los casos estuvo guiada por el propósito de conseguir una muestra variada con el fin de llevar a cabo un análisis interseccional. El criterio general de inclusión fue que las participantes hubieran recibido atención obstétrica en un hospital de Tijuana durante su embarazo, parto o puerperio y consideraran haber experimentado violencia obstétrica, mientras que los criterios particulares buscaron abarcar informantes que se hubieran atendido tanto en clínicas particulares, como en instituciones públicas, ya que esto sirvió como un indicador de su nivel socioeconómico. Se incluyeron mujeres de distintas edades y niveles de escolaridad, así como de origen indígena.

Para la recopilación de información, se trabajó mediante el relato narrativo con un enfoque biográfico. Se llevaron a cabo un total de 20 entrevistas con mujeres que señalaron haber experimentado violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias durante su proceso gestacional. Se decidió realizar el análisis y la redacción de los resultados a partir de los 14 casos que se caracterizaron por tener una mayor riqueza narrativa y estos se organizaron en tres grupos, en los que el elemento común fue el tipo de atención recibida en la que fueron sujetas de violencia obstétrica.

Una vez llevadas a cabo las entrevistas, estas fueron transcritas en un procesador de texto y analizadas con base en las categorías desarrolladas previamente. El análisis de los documentos se realizó mediante el software Atlas.ti, elaborando y asignando códigos a los textos, lo cual permitió proceder a la reorganización de los conceptos teóricos y al diseño de la estructura de los capítulos de resultados.

El presente documento está organizado en cinco capítulos además de la presente introducción. En el primero de ellos se desarrollan los conceptos que sirven como base para comprender el fenómeno de la violencia obstétrica, de esta manera, se exploran las dificultades en torno al concepto de violencia, y la posibilidad de pensarla como un triángulo compuesto por tres tipos de violencia: directa, cultural y estructural. La violencia obstétrica es imaginada como una pirámide que tiene como base cuatro

elementos de tipo culturales y estructurales: la violencia de género y de Estado, de la cultura médica y la incipiente cultura de derechos. Se elabora la idea de disciplinamiento del cuerpo reproductor a través de las tecnologías del poder obstétrico y, finalmente, se propone una definición de agencia, así como las posibles formas que esta toma. El siguiente capítulo está dedicado a describir los elementos que componen la estrategia metodológica empleada en este estudio: la perspectiva epistemológica, los criterios de selección y la presentación de los casos de estudio, las técnicas e instrumentos de recolección y la estrategia de análisis de datos. El tercer capítulo se encarga de dibujar las dimensiones y el contexto de la violencia obstétrica, por lo que analiza la situación en el país respecto a la violencia de género, de Estado y de la institución médica. Así mismo señala la necesidad de una cultura de derechos y describe el marco normativo existente respecto a la materia.

El cuarto capítulo se encarga de examinar las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres en los hospitales públicos y privados de Tijuana, buscando vincularlas con tres de las dimensiones expuestas en el tercer capítulo, la violencia de género, de Estado y la cultura médica, las cuales se ven reflejadas en una falta de una atención digna y oportuna, discriminación, intentos de disciplinamiento de los cuerpos reproductores, el uso de la violencia psicológica como una forma de afirmar los mandatos de género tradicionales, una medicalización y patologización excesivas, inducción de miedo y distintos tipos de relaciones de poder. El quinto y último capítulo, vinculado con la cultura de derechos, se enfoca en analizar tres aspectos: las formas de agencia individuales que las mujeres ejercen, las trayectorias de aprendizaje que se van conformando con las sucesivas experiencias de gestación y las agencias colectivas que se están desarrollando en la ciudad. Finalmente, se presentan las conclusiones generales de la tesis.

CAPÍTULO 1. DESCOLONIZAR LA TEORÍA: (DES)HILANDO LA TRAMA ENTRE VIOLENCIA, CUERPO REPRODUCTOR Y AGENCIA

El objetivo de este trabajo es *comprender las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres que han sido atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales de Tijuana y consideran haber sufrido este tipo de violación de derechos, así como las distintas formas de agencia puestas en práctica con el fin de afrontarlas*. La violencia obstétrica es un fenómeno en el que los casos experimentados por cada una de las gestantes tienen como origen distintas y, posiblemente, múltiples causas, por ello resulta necesario analizar las diversas dimensiones que lo componen.

De esta forma, la violencia obstétrica se define en primer lugar como una forma de violencia de género, la cual está, al mismo tiempo, estrechamente vinculada con problemáticas estructurales de inequidad social, discriminación por clase y falta de acceso a los servicios de salud. Esto es resultado de la precariedad en la que se encuentra sumida gran parte de la población de nuestro país, la cual se ha visto agravada por la implantación de políticas neoliberales, por tanto, el segundo elemento puede calificarse como violencia económica de Estado. A esto hay que sumar que determinadas características identitarias de cada mujer las vuelven susceptibles de sufrir violencia con mayor intensidad, como ocurre particularmente con la pertenencia étnica.

Un tercer aspecto que interviene en la producción de esta violencia es la formación profesional de los médicos, junto con las asimetrías de poder que se conforman entre estos y sus pacientes, gracias a la constitución de los saberes de la medicina como conocimiento autorizado, mientras que los saberes de las mujeres se ven subyugados. Esto se vincula además con la visión que la medicina tecnocrática tiene del cuerpo como un objeto que debe ser disciplinado con el fin de volverlo dócil para el trabajo. Finalmente, contribuye a que sean posibles este tipo de violaciones el incipiente carácter de nuestra cultura de derechos, a través de la cual las mujeres tendrían mayores posibilidades de ejercer resistencia ante ellas.

Pensar en la violencia obstétrica como resultado de diversos elementos que se entrecruzan unos con otros nos lleva a concebirla como producto de un dispositivo, es

decir, de un conjunto heterogéneo de elementos discursivos o no discursivos con una función estratégica concreta e inscrito en una relación de poder, que resulta del cruzamiento de relaciones de poder y saber (Agamben, 2011), en este caso, considero que tal dispositivo es el poder obstétrico, es decir, la forma de poder disciplinario aplicado a la capacidad reproductiva de las mujeres y sus componentes culturales, estructurales e institucionales.

Así, este capítulo tiene como propósito desarrollar un marco teórico que sirva de referente para comprender las experiencias de violencia obstétrica, las dimensiones que componen este fenómeno y las formas de agencia mediante las cuales enfrentarse a ella. Para ello, se considera la perspectiva que concibe a la violencia obstétrica como violencia directa, resultado de un continuo que se produce a partir de otras violencias de tipo cultural y estructural. El capítulo está estructurado por tres ejes: 1) la complejidad del concepto de violencia, 2) las prácticas de disciplinamiento del poder obstétrico y 3) las formas de agencia de las mujeres en el contexto de la violencia obstétrica y en el marco de los derechos humanos.

El primer eje consta de tres apartados y gira en torno al concepto de violencia, por lo que se comienza explorando la dificultad que representa el llegar a una definición de esta, por el riesgo de inflación que puede producirse cuando se intenta abarcar una serie de fenómenos tan diversos y complejos (Ferrandiz y Feixa, 2004; Blair, 2009 y Garriga y Noel, 2010). Posteriormente se parte de la propuesta de Galtung (1969, 1998, 2016) para explorar el planteamiento de la violencia como un ciclo compuesto por tres elementos: la violencia directa, estructural y cultural, y enseguida se expone la necesidad de comprender a la violencia obstétrica como un problema con múltiples causas, que tiene sus raíces en la violencia de género, la violencia de Estado, la violencia médica y la falta de una mayor cultura de derechos. Así mismo, a partir del trabajo de Foucault (2002), se comprende a la formación de la violencia en el ejercicio obstétrico como efecto de las relaciones dialécticas de saber-poder.

El segundo eje corresponde a las prácticas de disciplinamiento del cuerpo reproductor femenino implementadas por las tecnologías de las que dispone el poder obstétrico (Arguedas, 2014), las cuales parten de expectativas sobre la maternidad como

una experiencia de abnegación en la que se intensifica el papel de la mujer como un cuerpo-para-otros (Basaglia, 1987) y se busca que el cuerpo se convierta en un objeto dócil para el trabajo de los médicos, que contribuya a la efectividad y la productividad. En el último eje se exponen algunas categorías que permiten analizar los alcances y límites de la capacidad de agencia de las mujeres en el contexto de la atención obstétrica, para lo cual se parte de Bourdieu (2000) para plantear los conceptos de desconocimiento y conciencia pasiva, y se retoman los conceptos de estrategia y táctica, desarrollados por De Certeau (2000).

1.1. La problemática de la definición de violencia

Delimitar el concepto de violencia no es una tarea fácil, se trata de un fenómeno cuya demarcación no es clara, que tiene “múltiples caras y anclajes en las distintas realidades históricas y sociales” (Ferrandiz y Feixa, 2004, p. 159). Un hecho que complica la determinación de lo que podemos o no llamar violencia es que el uso de tal etiqueta no siempre cuenta con el consenso de los tres actores que suelen verse implicados en ella, los victimarios, las víctimas y los testigos, pues está rodeada de un heterogéneo campo de interpretaciones y memorias, sin embargo, se trata siempre de relaciones de poder, cultura y de los vínculos que entabla con diversas estructuras de dominación.

En el caso de la práctica obstétrica resulta evidente que parte del problema de los límites respecto a lo que puede ser clasificado como violencia o no, está estrechamente vinculado con las representaciones que tenemos de la medicina como una disciplina pura, objetiva y neutral, que no puede jamás buscar el mal de sus pacientes; así como con el celo con el que se resguardan los saberes que componen este campo como un capital codiciado que es el que evita que se cuestione la legitimidad de sus poseedores. Así, el sentido común dice que la medicina tiene como objetivo curar o, en el caso de la obstetricia, traer a la vida -y no causar daño-, y además también indica que a pesar de lo que nuestra percepción nos pueda advertir, los poseedores del conocimiento autorizado son los médicos, por lo que el que sujetos desposeídos de los mismos saberes cuestionen su actuar y lo califiquen como violento puede resultar inconcebible para ellos.

Desde una perspectiva antropológica, Ferrandiz y Feixa (2004) proponen hablar de violencias y culturas, en plural, para enfatizar la dimensión multifacética de las violencias, así como sus diversas modulaciones culturales y entender a la violencia no como un acto, sino como un continuo. Así, plantean dos posibles enfoques para su estudio: el primero aborda las culturas de la violencia, es decir, las pautas e instituciones culturales cuya estructura se basa en determinados códigos para el uso legítimo o ilegítimo de la violencia; mientras que el segundo analiza las violencias de la cultura, o la presencia de violencia en las instituciones y campos culturales.

Otros autores como Blair (2009) y Garriga y Noel (2010) exponen el riesgo de “inflación” del término violencia, señalando que su carácter polisémico y su potencial para aplicarse a tantos fenómenos en ámbitos tan disímiles hace que tenga un gran alcance, pero poco poder explicativo. A pesar del escepticismo que esto puede provocar respecto al uso del concepto, los autores consideran que tal situación no debe llevar al abandono de la reflexión sobre este, sino a pensar más y mejor sobre la cuestión, y a construir conceptos específicos de acuerdo con el tipo de problema que se aborde.

Desde mi perspectiva, los conceptos de tipo más amplio pueden resultar útiles para analizar fenómenos cuyo estudio se encuentra aún en ciernes, puesto que esta clase de problemas de investigación requieren estar abiertos a las posibilidades dado el carácter exploratorio de los conocimientos que pueden producirse en torno a ellos. A ello, sin embargo, habría que agregar subcategorías que permitan comprender los elementos o dimensiones que componen el concepto mayor, las cuales funcionarían como conceptos más específicos.

En el caso de la violencia obstétrica, me parece importante que se mantenga una definición amplia, ya que por un lado se trata de un concepto que aún no ha terminado de construirse dentro de la academia y debido a que cuando se trabaja con conceptos de violencia demasiado estrechos, estos tienden a incluir únicamente a la violencia física o a casos graves por ser mucho más fácilmente perceptible y tener límites más claros, mientras que otro tipo de violencias -como la psicológica o económica, por ejemplo- se vuelven más complicadas de elaborar conceptualmente.

Como señalan Scheper-Hughes y Bourgois (2004), la violencia no puede entenderse únicamente en su aspecto físico, en el uso de la fuerza y la aplicación de dolor, sino que “incluye asaltos a la personalidad, dignidad, sentido de valor o valor de la víctima. Las dimensiones sociales y culturales de la violencia son las que le dan a la violencia su poder y significado”¹² (p.1). En este trabajo parto, entonces, de una violencia directa, visible y micro, que puede ser identificada en la narrativa que las mujeres hacen respecto a cómo sus cuerpos gestantes y sus mentes fueron sujetos de violencia obstétrica, en sus facetas física y psicológica, pero que tiene como fin evidenciar otro tipo de violencias que subyacen a ella y que están arraigadas en la base de nuestra sociedad.

Como ya he señalado arriba, considero a la violencia obstétrica un continuo, no solo en el sentido de que la violencia directa que observamos es producto de otra violencia invisible de tipo cultural y estructural, sino también de que se produce a partir de una cadena de violencias en las que sujetos a los que es posible identificar como perpetradores de la violencia también pueden ser sujetos de ella en alguna otra forma.

Scheper-Hughes y Bourgois (2004), quienes utilizan el concepto de continuo de violencia como una referencia a violencias que se dan en forma de cadenas, espirales o espejos, enfatizan cómo bajo este continuo la gente común está dispuesta –si no es que a veces entusiasmada- a cometer actos atroces de exclusión social radical, deshumanización, despersonalización, pseudoespeciación y reificación hacia quienes son socialmente vulnerables o considerados prescindibles, y explican esto señalando que la violencia está arraigada en el sentido común de la vida cotidiana y se encuentra en los sentimientos sociales y en las instituciones como la familia, las escuelas, las iglesias, los hospitales y el ejército. En este aspecto coincido y es por eso que en esta tesis se describe a la violencia obstétrica como resultado de cuestiones más profundas que lo aparente, como la cultura de género, la cultura médica y la cultura de derechos, así como las inequidades estructurales.

Se describe aquí a la violencia también como un continuo en el sentido en que lo hacen Castro y Erviti (2003), cuando escriben que en un extremo de esta sucesión de actos violentos están los casos graves, en los que es posible constatar que se ha causado

12 Traducción propia.

un daño a la salud de la afectada y hay una clara responsabilidad de las instituciones, mientras que en la otra orilla se ubican formas elementales de abuso y violación de los derechos que al no estar tipificadas como delito o traducirse en un daño evaluable no pueden ser reclamadas. Conuerdo además con tales autores en que el estudio de estas formas elementales “es de crucial importancia pues en ellas se encuentran las claves que permiten comprender cómo y por qué se puede llegar a situaciones extremas” (p. 261).

En relación con la problemática que señalan Ferrándiz y Feixa (2004), Garriga y Noel (2010) explican que, en los usos nativos del concepto de violencia, este tiene una función moral de condena, por lo que nadie se autodefine como violento, sino que el término se emplea siempre para caracterizar a una otredad. Otro aspecto en el que coinciden es que la violencia no es un fenómeno esencial o estático, sino que los umbrales de sensibilidad moral están siendo constantemente modificados, con lo que lo que puede no ser calificado como violencia en un momento determinado, puede serlo más adelante.

Un cuestionamiento importante dentro del debate sobre el significado de la violencia es ¿qué tan necesario resulta para el trabajo académico llegar a una definición específica de esta? Por ejemplo, en el caso particular de la medicina el consenso sobre lo que debe ser considerado violencia entre los profesionales de la salud y las usuarias de servicios obstétricos es algo difícil de alcanzar, por lo que más que tratar de elaborar un concepto único y definitivo, lo esencial en esta discusión es visibilizar que su construcción no está libre de tensiones y, precisamente, uno de los aspectos más interesantes en el trabajo teórico es el identificar las luchas que se dan dentro del campo por el poder de definirlo.

1.2. El triángulo de la violencia: lo cultural y lo estructural como raíces de la violencia directa

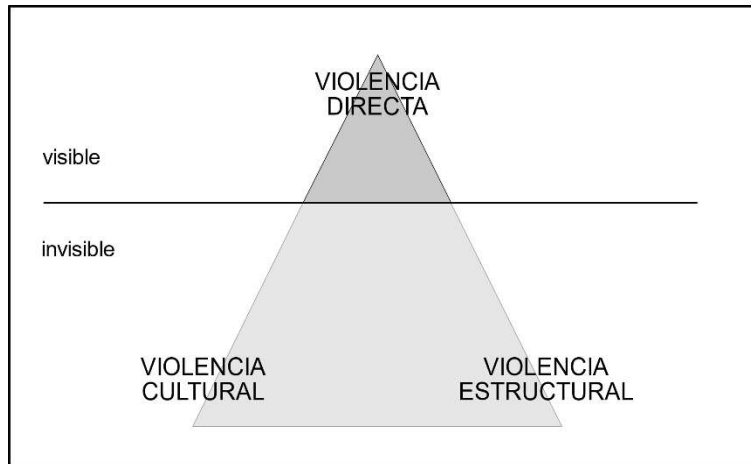
La práctica de la violencia obstétrica, los perpetradores no conciben a las mujeres como sujetas de derechos humanos y seres sentientes, sino como objetos de trabajo. Algunas de

las formas en las que esto se manifiesta son el despojo de sus ropas para uniformarlas con batas, la restricción de su movilidad, el uso de palabras humillantes, regaños y amenazas, entre otras. Esto es solo la fracción que conseguimos ver, el problema que sale a la superficie, pero que forma parte de un fenómeno mucho más amplio, enraizado en cuestiones estructurales y culturales.

Para Galtung (2016), quien propone un concepto bastante amplio de violencia, esta puede comprenderse como “una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, *eudaimonia*, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también lo es una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas, por debajo de lo que es potencialmente posible” (p.150). La violencia es definida también como la causa de la diferencia entre lo potencial y lo real, entre lo que pudo haber sido y lo que es, así como lo que incrementa la distancia entre lo potencial y lo real, y eso que impide la disminución de esta distancia. Cuando lo real es inevitable, entonces la violencia no está presente, aun si lo real está en un muy bajo nivel (Galtung, 1969).

Según este autor, la violencia es un ciclo vicioso que puede ser descrito como un triángulo formado por tres tipos de violencia: la directa, la cultural y la estructural, mientras que la primera es visible, las otras dos no lo son (figura 1.1). La violencia puede comenzar en cualquier vértice de tal figura y se transmite fácilmente a cada una de las esquinas de este. La violencia directa, física y/o verbal, es un suceso y es visible en forma de conductas. Esta puede surgir de la violencia cultural o estructural, o del conjunto de estas dos. Simultáneamente, esta refuerza a ambas violencias, lo cual puede llevar a que se produzca más violencia directa, es en este sentido que puede entenderse a la violencia como un ciclo vicioso.

Figura 1.1. Triángulo de la violencia



Fuente: Galtung, 1998.

La violencia cultural se ejerce mediante cualquier aspecto de la cultura que sirve para justificar y legitimar la violencia en sus formas directa o estructural, como son la religión, la ideología, el arte o las ciencias empíricas. Su función es que las otras dos formas de violencia aparezcan, e incluso se perciban, como cargadas de razón -o al menos, que se sienta que no están equivocadas. Esta se distingue por su carácter inalterable y persistente, dada la lentitud con que se producen las transformaciones culturales. La violencia estructural es un proceso con sus altibajos que resulta de “la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, y cementados, solidificados, de tal forma que los resultados injustos, desiguales, son casi inmutables” (Galtung, 1998, p. 16).

Esta perspectiva teórica resulta útil en el análisis de la violencia obstétrica, ya que es claro que se trata de un fenómeno en el que intervienen elementos a distintas escalas y con diversas raíces. De esta forma es posible comprender que todas las prácticas, maniobras o maltratos que hasta el momento han sido identificados como violencia obstétrica son únicamente la punta de un enorme iceberg, en el que hay que tomar en cuenta cuestiones como las actitudes, estereotipos, percepciones y valores que los sujetos involucrados en este fenómeno de estudio tienen, en primer lugar, respecto a lo femenino y a la idea de maternidad, pero también a aquellas condiciones que se intersecan con el

ser mujer, como la clase, la etnia, la edad o el nivel educativo, ya que es a partir de esto que se justifican y legitiman culturalmente los malos tratos y agresiones. De igual manera, se vuelve indispensable considerar el papel que juegan el contexto, las estructuras y los sistemas injustos de tal manera que estas formas de violencia se siguen perpetuando.

1.3. Los elementos culturales y estructurales de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un fenómeno complejo y multifactorial en el que intervienen distintos elementos como las “relaciones de poder, discriminación, inequidad social y de género, además de condiciones estructurales como las deficiencias en infraestructura e insumos en las unidades médicas; las condiciones extenuantes y mal remuneradas en que trabaja el personal de salud y el desconocimiento de los derechos de las mujeres” (Meza *et al.*, 2015, p. 361).

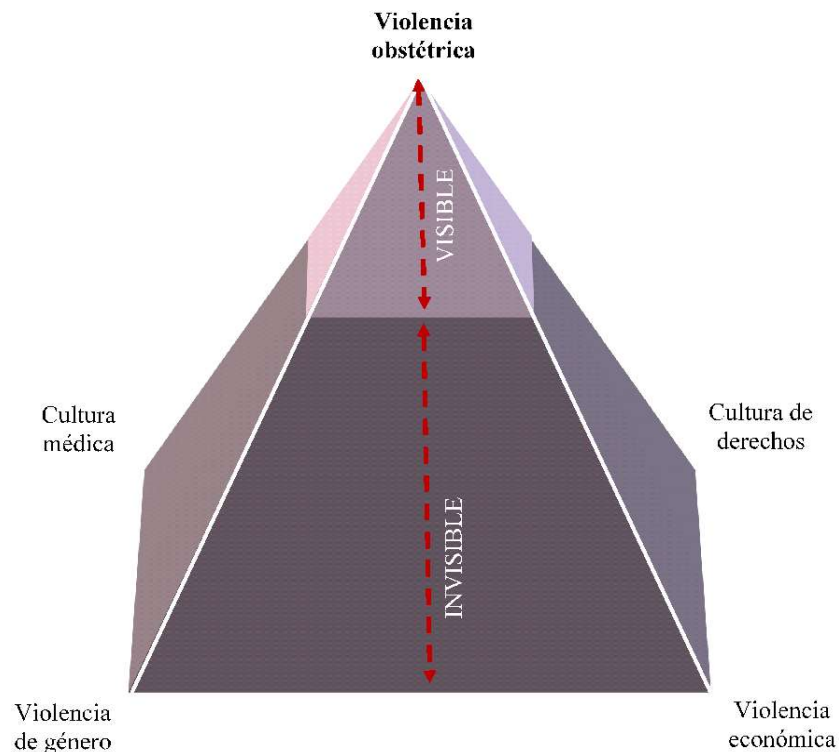
Para descubrir su origen es indispensable ir más allá de su superficie e indagar a profundidad en lo que se encuentra tras sus síntomas, en los aspectos estructurales y culturales de pensamiento, los saberes y las relaciones de poder que subyacen tras ella. Así, cabe señalar que en este fenómeno se entrelazan diversas problemáticas que dan lugar a que se presente este tipo de violación de derechos, entre ellas la violencia de género, la violencia de Estado, la violencia presente en el campo médico y la incipiente cultura de derechos con la que cuenta la sociedad en nuestro país (figura 1.2).

La violencia obstétrica es violencia de género, pues se caracteriza porque el factor de riesgo o vulnerabilidad para experimentarla es solo el hecho de ser mujer. Por violencia de género puede entenderse

el ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Esta se caracteriza por responder al patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos (Rico, 1996:8).

De Miguel (2003) señala que la sociología y el feminismo han explicado a la violencia contra las mujeres a partir de dos factores causales: El primero es la diferencia en los procesos de socialización para cada sexo, donde a los varones se les identifica con la fuerza y la violencia, mientras que a las mujeres se les vincula con lo doméstico. La segunda tiene que ver con la persistencia de la definición de las relaciones de género como relaciones de subordinación, e inclusive de propiedad, en la que las mujeres deben cierta sumisión a sus contrapartes masculinos, lo cual lleva a que cuando ellas no cumplen con la expectativa, se emplee la violencia como forma de control social de su comportamiento.

Figura 1.2. Pirámide de la violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia.

Como explica Rico (1996), la violencia de género no es nueva, sino que hasta hace poco era socialmente aceptada; esto coincide con la idea de una constante modificación del umbral de sensibilidad moral respecto a la violencia. Así, aunque el concepto de violencia obstétrica surge apenas hace aproximadamente una década, la

violencia contra las mujeres en el aspecto reproductivo tiene raíces de larga data, que se remontan a la etapa descrita por Federici (2010) como la “transición al capitalismo”, la cual se caracterizó por un descenso de la población en Europa e implicó la degradación del papel de las mujeres en la sociedad y la subordinación y explotación de los saberes, prácticas y relaciones en torno a sus cuerpos y a la reproducción. Es en este momento cuando se produce lo que Ehrenreich (1993) denomina colonización del útero, es decir, el hecho de que la maternidad sea ocupada, definida y etiquetada mediante los conceptos centrales de la ideología patriarcal.

Ahora, si bien, el régimen de biopoder y el disciplinamiento de las mujeres surgieron como un intento de enfrentarse a una crisis demográfica, en la actualidad las condiciones han cambiado hacia el extremo de la sobrepoblación del planeta, de la falta de oportunidades laborales y la precarización de la vida. Esto lleva pues a preguntarse ¿por qué el control sobre los cuerpos de las mujeres sigue siendo tan riguroso?, ¿cuáles son las razones por las que aún se ejerce violencia sobre nosotras, especialmente sobre quienes viven la experiencia de la maternidad?

Aunque la perspectiva más difundida de la violencia económica es aquella centrada en lo doméstico, actualmente comienza a pensarse como un concepto aplicable a niveles macro para representar a una forma de violencia indirecta que es ejercida por las elites de los Estados -en particular de aquellos con políticas neoliberales-, por razones económicas e inequidades estructurales injustas, inherentes a esta ideología, la cual beneficia a ciertos sectores de la población, mientras que desfavorece a la mayoría (Kesztyus, 2018).

Así pues, para el caso de México, es necesario pensar también a la violencia obstétrica como una violencia económica de Estado, de un aparato que implementa políticas neoliberales que reproducen la miseria y la desigualdad social, exacerbando la violencia al no ofrecer las condiciones mínimas necesarias para que el sistema de salud funcione correctamente, lo cual termina por afectar a las personas más vulnerables: las mujeres, las pobres, las indígenas, las que tienen un bajo nivel escolar, las que son muy jóvenes, las madres solteras y las que están enfermas.

Esto puede comprenderse con mayor profundidad si se aborda desde una perspectiva interseccional. El término 'interseccionalidad' fue acuñado por Kimberlé Williams Crenshaw y con este, ella se refiere a la expresión de un "sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas" (en Muñoz, 2011, p. 10). Esta académica analiza la situación de las mujeres negras en Estados Unidos, señalando que ellas viven el racismo de forma distinta a los hombres negros y el sexismo de manera diferente a las mujeres blancas. Esto se debe a que las estructuras de opresión que las desempoderan son múltiples y simultáneas. Por esta razón, la interseccionalidad no debe entenderse como la suma de identidades subordinadas distintas y separables, sino como un nudo, pues como escribe Muñoz (2011), "las personas con identidades construidas como inferiores por sistemas de poder hegemónico vivencian estas múltiples identidades como un todo" (p. 12).

Lugones (2008) explica que le gusta la metáfora de la entretrama o urdimbre para explicar la interseccionalidad porque estas figuras "expresan la inseparabilidad de una manera interesante: al mirar el tejido la individualidad de las tramas se vuelve difusa en el dibujo o en la tela" (p. 80). Esto importa porque el género, la raza y la clase, explica esta autora, han sido pensadas como categorías binarias y un análisis categorial esconde la relación de intersección entre las categorías que se estudian. Este velamiento de las relaciones de intersección es lo que pasaba en los casos descrito por el trabajo de Crenshaw: las mujeres negras estaban posicionadas dentro de un espacio prácticamente invisible entre las mujeres blancas y los hombres negros. El enfoque interseccional permite, entonces, considerar las asimetrías de poder que se dan dentro del concepto 'mujer' y cuestionar su homogeneidad, analizándolo más bien como una categoría abierta a lecturas múltiples y contextualizadas.

El tercer elemento en esta explicación es la relación autoritaria que los médicos tienden a establecer con las mujeres durante la atención obstétrica a partir de lo que Castro (2014) define como *habitus* médico, el cual se desarrolla a través de un currículum oculto, compuesto por tres dimensiones:

1. El empleo de castigos y el disciplinamiento corporal, que se dan particularmente durante el internado y la residencia, no solo como vehículo para la transmisión de conocimientos, sino también como reafirmación de las jerarquías.
2. La interiorización de jerarquías, cuya centralidad en el campo médico es casi tan importante como en el militar, por lo que se hacen presentes desde los primeros días como estudiantes, aunque se vuelven aún más evidentes durante la residencia.
3. El disciplinamiento de género, representado por las agresiones sistemáticas hacia las mujeres en las facultades de medicina, mediante las que se busca su exclusión¹³.

La desigualdad y la asimetría características de las relaciones médico-paciente se sostienen además gracias a que los saberes de la práctica médica suelen ser considerados puros, objetivos, universales y homogéneos, es decir, se definen como un conocimiento autorizado; mientras que los saberes de las mujeres sobre su propio cuerpo y procesos reproductivos, sus sensaciones y percepciones son convertidos en saberes subyugados, considerados inferiores a los del personal de salud, por lo que para estas mujeres no son percibidas como interlocutoras válidas. Esto se explica por el funcionamiento del poder y el saber, los cuales se implican directamente el uno al otro, como señala Foucault (2002), quien propone que cualquier forma de poder se ejerce produciendo discursos o saberes que se convierten en verdades incuestionables. Mientras que la verdad se vuelve ley gracias al poder que la produjo, este último subsiste y se reproduce debido al discurso, que es introyectado en las conciencias de los sujetos hasta institucionalizarse.

Finalmente, la cuarta condición mediante la que se genera la violencia obstétrica es la ausencia de una sólida cultura de derechos en nuestro país, no solo por parte de las usuarias del sistema de salud, sino también de los prestadores de servicios. En este contexto, caracterizado por la desigualdad y la asimetría, una postura para tratar de

¹³ Si bien es cierto que la profesión médica en México, al igual que muchos países occidentales, vive un proceso de feminización, Pozzio (2014) afirma que la mayor presencia de mujeres en la especialidad de ginecología no necesariamente cambia sus prácticas. En su trabajo, ella resalta como algunos de sus entrevistados hacen hincapié en el hecho de que las ginecólogas son resultado del dispositivo de saber/poder médico mediante el que han sido formadas, por lo que estas se masculinizan y algunas de ellas se convierten en maltratadoras de sus congéneres.

equilibrar las relaciones entre las mujeres gestantes y los profesionales sanitarios es la de ejercer la ciudadanía ya que, como señalan Aguirre *et al.* (2013), este “permite a la mujer ejercer su derecho a recibir una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los proveedores de servicios de salud, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas” (p. 23).

1.4. Poder obstétrico, disciplinamiento y cuerpo reproductor

Para Basaglia (1987), el cuerpo de las mujeres es una prisión en donde estas están encerradas, pues más allá del papel que juega la cultura en su constitución, se trata de “un hecho natural del que no se puede prescindir y que no se puede anular” (p. 18). Para ella, que el cuerpo femenino se haya asumido como un cuerpo débil y expuesto frente a un cuerpo masculino fuerte es lo que ha permitido que se justifique el dominio y se legitime el poder de varones sobre mujeres.

Foucault (2002), por su parte explica al cuerpo señalando que está directamente inmerso en un campo político, “en toda sociedad -nos dice- el cuerpo queda prendido en el interior de poderes muy ceñidos, que le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones”; en este sentido es posible advertir que en el actual contexto de industrialización de la atención del parto, el papel de la obstetricia ha sido el de convertir el cuerpo de las mujeres en un cuerpo dócil: “que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” (p. 140).

Partiendo de la idea de poder disciplinario de Foucault, Arguedas (2014) introduce el concepto de poder obstétrico, al cual define como

esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias (p. 56).

De tal modo, la ideología patriarcal no solo indica que el cuerpo de las mujeres está diseñado para que sean madres y que por tanto deben serlo, sino que además tienen que ser cierto tipo de madres: dóciles, obedientes, abnegadas, que soportan cualquier sacrificio o humillación con el fin de alcanzar el objetivo más importante en la línea de producción del nacimiento: traer al mundo a un hijo sano. Esta concepción social de la maternidad es además reforzada por la idea de que el placer sexual de las mujeres debe pagar un precio, en el caso del cuerpo reproductor, el dolor físico del parto (Chiarotti *et al.*, 2003).

Palomar y Suárez (2007) señalan cómo a partir de los ideales sociales que se promueven y protegen como partes del discurso hegemónico de género, se tipifica a las madres como “buenas” y “malas”, siendo estas últimas quienes “no cumplen con los criterios de una “buena madre”: no muestran tener ni “instinto” ni “amor materno”, no se sacrifican ni se entregan a los hijos y a la función materna o incluso pueden tener una relación de desapego o destructividad con los hijos” (p. 316).

Estas autoras explican que en la clasificación de las madres como buenas o malas, el derecho y la medicina son los saberes que tienen mayor poder para establecer categorías de inclusión o exclusión de los sujetos. Por lo tanto, es posible señalar que el entrar en una u otra de estas clases se da aun desde antes del nacimiento del hijo, pues el acusar a las mujeres gestantes de “malas madres” -por oponerse a cualquier maniobra médica, por temer por su vida y priorizarla a la del bebé o realizar cualquier tipo de cuestionamiento- es una de las formas de disciplinar a las mujeres para que sean obedientes, dóciles y se sometan al poder obstétrico. Ahora, ¿Por qué resulta de tanta importancia el disciplinar al cuerpo reproductor para que se convierta en un cuerpo dócil? Bellón (2015) explica que

el parto en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad, en los que los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable (p. 100).

Esto coincide con la afirmación de Foucault (2002), quien escribe que “el cuerpo solo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” (p. 27). En esta lógica, un cuerpo contestatario, rebelde, en resistencia o que intenta siquiera salirse mínimamente de las rutinas y protocolos hospitalarios es una amenaza a este régimen de inteligibilidad, pues para este representa alteración, desorden e inseguridad, y cuando esto ocurre se responsabiliza a las mujeres de caprichosas o iracundas, sin embargo, estas rutinas y protocolos constituyen graves vulneraciones al ejercicio de su ciudadanía al impedirles decidir sobre sus propios cuerpos.

García (2009) señala que el tránsito entre cuerpo-sujeto a cuerpo-objeto médico es fundamentalmente negociado, no el producto del control unilateral ejercido por la medicina, es decir, hay cierta capacidad de maniobra o agencia, sin embargo, en este proceso la paciente negocia desde una posición de desigualdad, disrupción e incertidumbre. Si bien, como señala Fernández (2015), el paritorio es el escenario ideal de representación de la negación-apropiación patriarcal del cuerpo y la capacidad reproductora de las mujeres, este es un proceso que comienza mucho antes, desde el inicio de las visitas prenatales y la preparación para el parto.

Montes (2008), quien analiza las representaciones que se generan sobre los cuerpos gestantes en la atención prenatal, desarrolla cuatro categorías para clasificar sus hallazgos:

1. Cuerpo deficiente, es decir, sospechoso de presentar insuficiencias en las condiciones necesarias para la correcta gestación.
2. Cuerpo como generador de riesgos, donde estos son omnipresentes y responden a la inculturación de la formación médica.
3. Cuerpo imprevisible e inestable, que puede presentar sin previo aviso una situación desordenada. Esta perspectiva responde a la lectura negativa que hace tradicionalmente la medicina del cuerpo femenino.
4. Cuerpo responsable, a partir del cual se busca que las mujeres introduzcan cambios en su forma de vida y establezcan un autocontrol con el fin de beneficiar a la criatura gestada.

El sometimiento del cuerpo no siempre es claramente violento, sino que puede ser sutil y difuso, como una especie de microfísica del poder, a esto es a lo que Foucault llama tecnología política del cuerpo (2002). Al analizar la atención hospitalaria del parto y la forma en que se establecen relaciones de poder asimétricas entre el personal médico y las mujeres, Sadler (2004) propone una serie de mecanismos de desautorización que legitiman y perpetúan este orden¹⁴:

1. Homogeneización: compuesta por una serie de prácticas que despojan a las mujeres de sus identidades particulares, asumiendo que todas son similares por estar en la misma condición y sin considerar sus diferencias.
2. Patologización: es la transformación de la embarazada en paciente o enferma, sin diferenciar entre un parto normal o uno con complicaciones y aplicando procedimientos estandarizados.
3. Fragmentación: parte de una atención centrada en lo fisiológico y que descuida otras esferas de los individuos como lo emocional, lo cultural, el conocimiento personal y la percepción subjetiva.
4. Naturalización: este mecanismo se basa en la concepción de las mujeres como más cercanas a la naturaleza que a la cultura, lo que lleva a la sexualización de sus cuerpos y las interacciones que las rodean.
5. Contaminación: supone que los especialistas son quienes deben determinar cuando la mujer puede realizar alguna acción dentro del parto, mientras que lo que ella conoce y expresa es desautorizado, convirtiéndola en un contaminante en la toma de decisiones.
6. Culpabilización: opera transfiriendo la responsabilidad de los problemas y dificultades del parto hacia las mujeres y eximiendo al personal médico.

Para esta autora, la articulación de estos mecanismos da como resultado el que las mujeres internalicen las normas impuestas como naturales y las acepten, aunque en

¹⁴ Aquí cabe precisar que consideramos que las relaciones médico-paciente son inherentemente asimétricas dadas las condiciones de saber y poder que cada uno de ellos ostentan. Esto no implica que automáticamente la atención obstétrica se vea caracterizada por la violencia, sino que la asimetría genera condiciones para ello. Así mismo, cabe preguntarse cuál es la utilidad de los mecanismos de desautorización de las mujeres, ¿es acaso que si no se les desautoriza a ellas, se propicia la oportunidad para que quienes resulten desautorizados sean los médicos?

diversos grados, lo que nos habla de que también existe la posibilidad de que estos mecanismos sean percibidos y afrontados. Estos mecanismos pueden equipararse a la idea de tecnologías políticas del cuerpo, que propone Foucault (2002), pues como él señala, estas son difusas y rara vez formuladas en discursos continuos y sistemáticos, sin embargo, hay una coherencia en sus resultados. En este caso, pues, es posible concluir que el disciplinamiento de los cuerpos reproductores femeninos se da a través de mecanismos y tecnologías de poder que pueden ser violentamente explícitos o sutiles, y que no están escritos, pero se reflejan en las prácticas que ejerce el personal de salud con el fin de convertirlos en cuerpos dóciles que engranan en la maquinaria del nacimiento.

1.5. Las formas de agencia: del desconocimiento a la estrategia

Entiendo a la agencia como la capacidad socialmente determinada de actuar y hacer una diferencia. Según Barker (2004), esta es condicionada por las estructuras sociales del lenguaje, el carácter rutinario de la vida moderna y las narraciones físicas y emocionales que no podemos traer a la conciencia por completo. En el debate entre agencia y estructura, Giddens (2011) busca poner fin tanto al imperialismo del sujeto como al del objeto social mediante su propuesta de dualidad de la estructura. En este planteamiento, el agente puede echar mano de recursos que pone en juego, pero también se ve determinado por ciertas reglas.

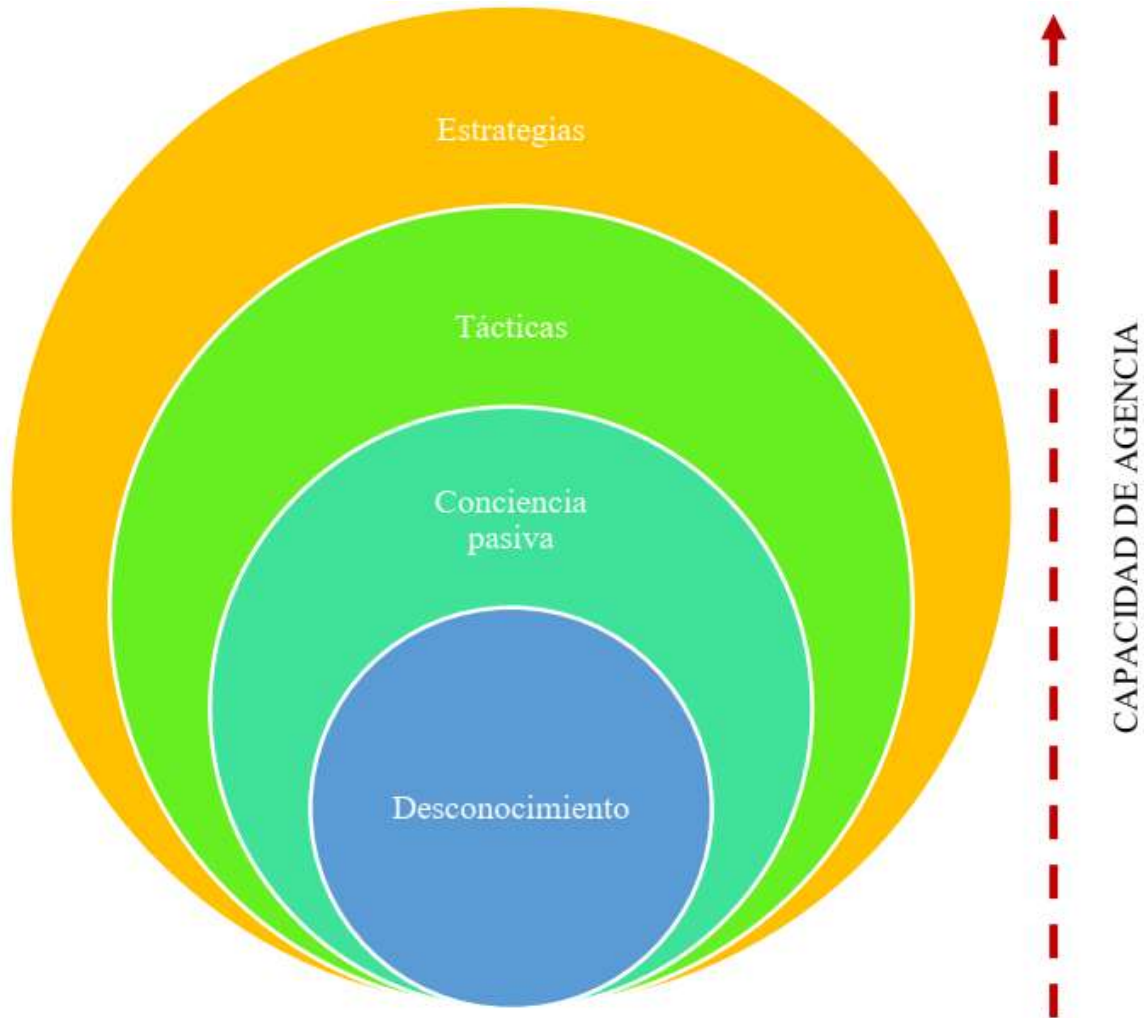
Sewell Jr. (1998), por su parte, explica que ser agente significa ser capaz de ejercer cierto grado de control sobre las relaciones sociales en las que uno se ve envuelto, lo que implica determinada habilidad de transformar estas relaciones. La agencia surge del conocimiento del actor respecto a los esquemas culturales y su habilidad de aplicarlos creativamente a nuevos contextos. Esta, señala, difiere en su alcance entre sociedades y dentro de cada una de ellas, así, las diferentes posiciones sociales, definidas por cuestiones como el género, la clase, la etnicidad o la educación, entre otros, le da a las personas distintos recursos y acceso al conocimiento de esquemas culturales, lo cual incide en sus posibilidades de acción transformativa.

Según Giddens (2001), las propiedades estructurales de los sistemas sociales existen gracias a las formas de conducta que se reproducen inveteradamente –“se estiran”-, por un tiempo y un espacio. Para Sewell Jr. (1998), las estructuras tienen dos importantes dimensiones: la profundidad que, entre mayor es, implica que sus esquemas permeen una más amplia variedad de esferas, prácticas y discursos institucionales; y la diferencia en los recursos y poderes que movilizan. Las estructuras, por otra parte, son dinámicas, no estáticas, son el producto en constante evolución de los procesos de interacción social.

Aunque el aporte de Giddens es central en el desarrollo del concepto de agencia, él no llega a darnos una definición de esta. Dado que, en específico, me interesa la agencia como una forma de resistencia, una perspectiva para comprender la concepción del hacer humano es la que propone De Certeau (2001) con sus conceptos de estrategia y táctica, pero para llegar a esas posiciones en el espectro de la agencia creo que es necesario partir de un punto en el que no hay acción por parte de los sujetos. Para ello, retomo el concepto de violencia simbólica, de Bourdieu (2000), el cual se refiere a un tipo de violencia “amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento.” (p. 12).

A partir de esta definición pueden crearse dos categorías: la del **desconocimiento**, que implica el no tener conciencia de la dominación o la violencia de la que se es sujeto y, en consecuencia, no actuar de ninguna forma, y la **conciencia pasiva**, es decir, la toma de conciencia respecto a la situación de violencia que se está experimentando, sin llegar a actuar al respecto por diversas causas, dos de las cuales son el reconocimiento y el sentimiento, señalados por Bourdieu en su definición. Por otra parte, De Certeau (2000) define el concepto de **táctica** como el cálculo que “no puede contar con un lugar propio, ni por tanto con una frontera que distinga al otro como una totalidad visible” (p. L) y de **estrategia**, con la cual se refiere a un “cálculo de relaciones de fuerzas que se vuelve posible a partir del momento en que un sujeto de voluntad y de poder es susceptible de aislarse de un ambiente” (p. XLIX) (figura 1.3).

Figura 1.3. Formas de agencia ante la violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia.

Tanto las tácticas como las estrategias son prácticas de resistencia, sin embargo, lo que las diferencia es la posición desde la que se les puede ejecutar y el alcance que tienen pues, mientras que las estrategias pueden producir, cuadrangular e imponer, las tácticas solo pueden utilizar, manipular y desviar las circunstancias. Esta última obra poco a poco, aprovecha las ocasiones, las fallas coyunturales y las posibilidades que le ofrece el instante. Mientras que la estrategia corresponde a los poderosos, la táctica es el arte del débil. En este sentido, interesa distinguir a la estrategia como una forma de agencia fuerte

y avasalladora, que va a la ofensiva y confronta, mientras que la táctica será comprendida como algo que se lleva a cabo con fines principalmente defensivos e inmediatos.

Un concepto que puede relacionarse con el de táctica es el de agencia ambigua, que Chadwick (2017), quien analiza la violencia obstétrica en Sudáfrica, utiliza para describir a la pasividad, la obediencia y el actuar el rol de la paciente dócil por parte de las mujeres como formas de agencia, la única que estas conseguirían ejercer en un contexto en el que el poder médico realmente las constriñe. Todas estas categorías tienen como fin ofrecer las herramientas para pensar cómo las mujeres se enfrentan a la violencia obstétrica, las acciones que estas lleven a cabo dependerán de los privilegios y las opresiones que caractericen a cada una de ellas.

Comentarios finales

El presente capítulo ha tenido como fin desarrollar un marco teórico que sirva como referente para comprender las experiencias de violencia obstétrica, las dimensiones que componen este fenómeno y las formas de agencia mediante las cuales enfrentarse a ella. En el caso de la violencia obstétrica, su origen multicausado es claro, lo cual lleva a sostener que es necesaria una visión integradora que se enfoque en analizar cómo se interconectan todos estos elementos, pues privilegiar únicamente algunos de ellos y dejar de lado a otros tiene como consecuencia una visión incompleta del problema.

De esta manera, sería equivocado pensar a la violencia obstétrica únicamente como una cuestión que tiene que ver con el género e ignorar que la violencia médica es una práctica que surge de las condiciones de abandono en que el Estado ha sumido a las instituciones de salud del sector público y que afecta tanto a la población femenina como masculina del país, pero que además tiene que ver con la existencia de un desconocimiento en materia de derechos, con el *habitus* autoritario que se produce durante la formación profesional del personal médico y con la constitución de los saberes médicos como conocimiento autoritativo y hegemónico, por encima de los saberes y sensaciones de las mujeres.

Ahora, hablar de que la violencia en los hospitales no se dirige únicamente a las mujeres no significa ignorar la importancia de esta problemática, ni las particularidades que representa la violencia obstétrica al ser ejercida sobre personas que muchas veces no son enfermas, sino sujetos sanos que son convertidos en pacientes a través de distintos mecanismos que se fundamentan en la concepción del cuerpo reproductor como un cuerpo patológico y susceptible de causar desorden, razón por la que debe ser disciplinado. En este sentido, más que hablar de cuerpos dóciles habría que pensar en cuerpos y psiques dóciles pues, no sin razón, es posible afirmar que la violencia psicológica cobra una presencia tanto o más evidente que la física dentro de la atención obstétrica.

Sin embargo, como señala Foucault (1998), “donde hay poder hay resistencia” (p. 116), por lo que el poder obstétrico no se ejerce de forma unilateral sino que, dependiendo de las reglas y recursos características de cada contexto específico, las mujeres pueden responder intentando resistir a la violencia, combatiéndola mediante estrategias calculadas o tácticas inmediatas. En otros casos, la identificación con las prácticas del conocimiento autorizado -el saber médico- es tan fuerte que la conciencia de haber experimentado una violación de derechos no surge sino después de que el evento ha transcurrido, o inclusive puede llegar a nunca ser reconocido como tal. Finalmente, cabe mencionar que los tres ejes desarrollados en este capítulo -la violencia obstétrica como el aspecto visible de violencias más amplias de tipo cultural y estructural, el poder obstétrico como dispositivo que da forma a las experiencias de violencia de las mujeres y las diversas formas de agencia como respuesta para afrontar la violencia- tienen como fin el ser la guía para la estrategia de análisis que será mencionada en el capítulo metodológico y que se corresponden con el capítulo contextual y las dos secciones donde se analizan y discuten los resultados de esta investigación.

CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA Y ESTRATEGIA ANALÍTICA

El presente capítulo tiene como objetivo exponer la aproximación metodológica empleada para recopilar las historias de 20 mujeres que recibieron atención obstétrica durante las etapas de embarazo, parto y puerperio en hospitales de Tijuana y señalaron haber sido sujetas de violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias por parte del personal de salud. Con tal propósito, este apartado está conformado por cinco secciones:

La primera de ellas comienza por exponer la perspectiva epistemológica de la que se parte en este trabajo, la cual privilegia el enfoque fenomenológico, construccionista, feminista e interseccional. Posteriormente, en la segunda sección, se detallan los criterios de selección de los casos de estudio, la forma en que se accedió a estos y se describe la forma en que se organizaron los casos en tres grupos de acuerdo al tipo de atención obstétrica recibida, es decir, privada o pública, ya sea del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD) o del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En el tercer apartado se describen las técnicas utilizadas para la recolección de datos, en este caso, los relatos de vida, mientras que en la cuarta parte se hace una breve presentación de cada uno de los casos individuales. Por último, en el quinto apartado se explica la estrategia utilizada para el examen de los datos recopilados, la cual parte de un análisis interseccional, es decir, considerando cómo se da la opresión a partir del encuentro de distintas categorías como la clase, edad, escolaridad o pertenencia étnica, entre otras.

2.1. Perspectiva epistemológica

Este proyecto se propuso privilegiar un enfoque fenomenológico, es decir, comprender el fenómeno social desde la perspectiva de los actores, en este caso, la realidad sobre la violencia obstétrica percibida por las mujeres que la han experimentado. Dado que múltiples agentes toman parte en el fenómeno de la violencia obstétrica, se busca también

trabajar desde la perspectiva construccionista, la cual se enfoca en el papel del ser humano en la construcción del significado sobre el mundo en el que está participando.

Al respecto, Crotty (1998) explica que a través de distintas culturas es posible encontrar evidencia de que un mismo fenómeno puede producir diversos entendimientos, por lo que para el construccionismo no hay verdades o interpretaciones válidas, sino que estas pueden ser útiles e inútiles, liberadoras y opresivas, satisfactorias y gratificantes o empobrecedoras. Este trabajo parte además de una perspectiva de género y una metodología feminista; esta última se caracteriza, según García, Jiménez y Martínez (2010) por:

1. El uso de un enfoque comparativo entre hombres y mujeres para identificar desequilibrios y desigualdades de género.
2. La centralidad del género como categoría transversal de análisis.
3. El reconocimiento de la complejidad (interseccionalidad) mediante el examen de las interacciones entre el género y otros determinantes como la edad, el estatus socioeconómico, el nivel educativo o la etnia; esto con el fin de que el género no sea la única categoría de análisis y se vuelva universal y esencializadora.
4. La conciencia del valor de la intersubjetividad y reflexividad de la persona que investiga, en el proceso científico y en los resultados, a través de las relaciones que establece con los sujetos a los que investiga.
5. La atención a grupos vulnerables, procurando dar voz no solo a las mujeres sino también a los grupos menos representados, favorecidos o estudiados.
6. La centralidad de la metodología cualitativa, sustentada por la importancia que da la metodología feminista a las relaciones humanas, la subjetividad y la (re)flexibilidad en el proceso de investigación y en la emergencia de teorías y en su capacidad para profundizar en los problemas y necesidades de las mujeres, así como de visibilizar sus experiencias.
7. La apuesta por la participación de agentes involucrados, con el fin de que los resultados de investigación se reviertan beneficiando a los participantes y dándoles la posibilidad de incrementar su conocimiento para mejorar su situación.

8. La orientación hacia el cambio social y la transformación de los roles, relaciones y estereotipos de género para favorecer una sociedad más equitativa.
9. La búsqueda de la transformación del conocimiento, para que sea mucho más amplio, completo y válido, y que se eliminen los sesgos sexistas de este.

Cabe señalar que, aunque aquí se describe por completo la perspectiva que plantean estos tres autores, no todos los puntos resultan aplicables a esta investigación, sino que se tomó únicamente lo que resulta útil o aquellos principios que se consideraron adecuados para el trabajo. Es primordial resaltar también que, aunque en la epistemología feminista el género ha destacado como su categoría de análisis central, Hesse-Biber (2008) señala que las investigadoras feministas se han vuelto cada vez más conscientes de la diversidad de experiencias que viven las mujeres y han comenzado a explorar las importantes interconexiones entre las categorías de la diferencia como el género, la etnicidad, la nacionalidad y la clase, e incluso a expandirse a otras cuestiones como la preferencia sexual o la discapacidad.

Partiendo de estas aproximaciones, es importante mencionar que mi posicionamiento como investigadora se inclina hacia la producción de conocimiento que tenga una incidencia positiva en el cambio social. En este caso específico, me interesa este fenómeno de estudio debido a mi identificación como mujer de clase media baja, con una escolaridad alta, y sin haber engendrado hijos, lo cual me convierte en una potencial sujeta de violencia obstétrica, en caso de que llegara a decidir ejercer la maternidad. Aunque creo que el enorme bagaje de conocimientos que he adquirido con esta investigación es una herramienta importante ante la posibilidad de vivir este problema, me pregunto si esto es suficiente para salir airosa de una experiencia como tal. Es desde esta hipotética situación que consigo sentir una gran empatía por aquellas mujeres que tuvieron que pasar por estas injusticias para llegar a ser madres, aun sin yo serlo.

Finalmente, aunque el campo médico es algo mucho más distante a mí y, por lo tanto, resulta un poco más difícil identificarme con quienes lo componen, la tarea de diseccionar el contexto en el que se da el problema de violencia obstétrica y de identificar las dimensiones que lo componen, me ha hecho comprender que quienes a primera vista pueden ser tachados únicamente de victimarios son también víctimas de un problema más

grande. En este sentido, mi interés no es únicamente que este trabajo sea un aporte a la solución de la violencia obstétrica, sino que también consiga llamar la atención respecto a la cadena de violencia que se vive en los hospitales, donde los profesionales de la salud también resultan perjudicados.

2.2. Criterios de selección de los casos de estudio

En el proceso de aproximación con las informantes jugaron un papel importante los contactos personales, las redes sociales y una asociación civil. Así, es posible señalar que los contactos se dieron principalmente, en el primero de los casos a través de tres medios: el primero fue el uso de la técnica de bola de nieve, con personas conocidas a las que les solicité su apoyo para captar a mujeres que consideraran haber experimentado violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias durante alguno de sus embarazos, parto o puerperio.

La segunda modalidad se dio al identificar un grupo de *Facebook* llamado “Parto humanizado/respetado en Baja California”, en donde convergen mujeres de toda la entidad que han tomado conciencia de las situaciones desagradables que vivieron en alguno de sus alumbramientos o están planeando su proceso gestacional y quieren vivirlo de una manera más respetada que el que suele experimentarse en los contextos en los que se ejerce la obstetricia desde el modelo médico hegemónico y tecnocrático. La tercera forma de acercamiento se dio mediante el contacto con la responsable del área de salud sexual y reproductiva de la Casa de la Mujer Indígena en Tijuana (CAMI). Esto fue posible gracias a que tiempo atrás quienes asisten a esta asociación habían recibido talleres sobre violencia de género, entre los que se incluyó la violencia obstétrica, por lo que ya se tenían identificados algunos casos.

La búsqueda de los casos estuvo guiada por el propósito de conseguir una muestra variada como un paso hacia el objetivo de llevar a cabo un análisis interseccional. El criterio general de inclusión fue que las participantes fueran mujeres que hubieran asistido a un hospital de Tijuana para recibir atención obstétrica durante su embarazo, parto o puerperio y que consideraran haber experimentado violencia obstétrica, mientras

que los criterios particulares buscaron abarcar una muestra con informantes que se hubieran atendido tanto en clínicas particulares, como en instituciones públicas del IMSS e ISESALUD, ya que esto sirvió como un indicador de su nivel socioeconómico. Se persiguió también el objetivo de incluir mujeres de distintas edades y niveles de escolaridad, así como incorporar a informantes de origen indígena. Si bien, se buscó intencionalmente cubrir una variedad de perfiles respecto a los elementos que se han señalado, algunos otros, como el peso o la apariencia física, cobraron importancia al emerger en el trabajo de campo, cuando se cuestionó a las entrevistadas respecto a si consideraban haber experimentado algún tipo de discriminación durante la atención obstétrica y esta característica fue señalada como una de las causas.

El elemento compartido por las informantes, que todas ellas son mujeres que tuvieron alguno de sus partos en una institución de salud de Tijuana, es importante debido al notable papel que juega la violencia de género en este problema. La cuestión de la clase también es central, ya que determina el nivel de acceso a la salud que cada una de las mujeres han tenido y el tipo de institución en el que han podido ser atendidas. Las otras tres características –la edad, la escolaridad y la pertenencia étnica- son fundamentales para comprender cómo se dan distintas formas de violencia obstétrica de acuerdo con los prejuicios por parte del personal de salud. Respecto a la condición etérea, es posible afirmar que socialmente existen edades que son consideradas aceptables o deseables para ser madres mientras que otras no lo son, por ejemplo, mientras que el embarazo adolescente es visto como un importante problema social, cuando una mujer llega a finales de sus veinte o inicio de sus treinta y no ha tenido descendencia suele ser cuestionada por ello, y cuando lo hace después de esta etapa algunas veces se le coloca a su embarazo la etiqueta de “geriátrico”.

Los niveles de escolaridad también son importantes dado que la “ignorancia ante el saber científico” es uno de los componentes de lo que algunos autores denominan “triple discriminación” (Villanueva, 2010), lo cual se traduce en el hecho de que quienes más alejadas se encuentran del conocimiento médico hegemónico son quienes experimentan una violencia más intensa que puede resultarles difícil de comprender y además, ante el argumento de que no son capaces de entender, el personal de salud no se

toma el tiempo de intentar comunicarse con ellas y obtener consentimientos realmente informados. Finalmente, el incluir a la adscripción étnica como elemento de análisis, además de ser prioritario dada la enorme cantidad de mujeres indígenas que experimentan violencia obstétrica en nuestro país¹⁵, se ve justificado por las diversas formas de racismo y exclusión institucional y social de la que son sujetas cotidianamente, como lo describe Gutiérrez (2017) en su trabajo sobre la violencia obstétrica que vive esta población.

En total, se llevaron a cabo 20 entrevistas con mujeres que señalaron haber experimentado violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias durante su proceso gestacional. Las características generales de las informantes son las que se pueden observar en el cuadro 2.1. Posteriormente se excluyeron algunos casos en los que no se consiguió hacer el suficiente *rapport*¹⁶ y, por tanto, que los relatos fueran detallados al nivel que se esperaba, aquellos en que hubo incongruencias significativas en las historias o en los que, a pesar de que la persona fue referida por alguien más como un caso de violencia obstétrica, esta no se reconocía como tal. Por otra parte, se decidió mantener algunos casos a pesar de que se distinguían por cierta dispersión temporal, en específico, dos casos en los que ya habían transcurrido diez años o más de la experiencia de violencia, debido a que se trató de narrativas que me pareció que valía la pena conservar, puesto que ilustraban de manera muy precisa algunos aspectos importantes para el tema de investigación, uno de los cuales era la forma en que se desarrollan las trayectorias de aprendizaje.

Así, se decidió realizar el análisis y la redacción de los resultados a partir de los 14 casos que se caracterizan por tener una mayor riqueza narrativa y estos se organizaron

15 La Revista Proceso señala que un 80% de las mujeres indígenas han experimentado violencia obstétrica en México (Redacción Proceso, 2014), mientras que la Endireh 2016, un 33.2 % de mujeres indígenas afirmaron haber experimentado incidentes de maltrato durante la atención obstétrica en México, un número ligeramente menor al de quienes no hablan lengua indígena o se consideran indígenas (33.5%). En el caso de Baja California, el porcentaje de mujeres indígenas que reportaron estos incidentes es mayor (40%) que el de no indígenas (34.8%) (INEGI, 2017).

16 El *rapport*, que puede ser traducido como buena relación, compenetración o entendimiento, es una característica fundamental de las relaciones humanas, cuando esta es experimentada por ambas partes en una relación, los individuos experimentan de un gusto mutuo, confianza, empatía, comodidad, sensibilidad a las necesidades del otro, cercanía y armonía (Lakin, 2009). Esto puede experimentarse en cualquier tipo de relación, pero es particularmente necesario en la investigación social, puesto que es lo que permite que el o la informante se abra ante el investigador, pueda compartir aspectos íntimos de su experiencia y sus relatos estén llenos de detalles y riqueza narrativa.

en tres grupos, en los que el elemento común fue el tipo de atención recibida en la que fueron sujetas de violencia obstétrica. Los tres conjuntos en que se agruparon los casos están conformados de la siguiente manera:

- Grupo A: Conformado por cinco mujeres atendidas en los servicios públicos del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD), quienes se caracterizan por tener el nivel socioeconómico y la escolaridad más baja, todas ellas con educación básica completa, con la excepción de un caso que cuenta con estudios superiores. Así mismo, se trata de mujeres que se desempeñan como amas de casa o en empleos de carácter informal. Dos de ellas son de origen indígena y migrante. En este grupo se ubican Lucia, Julia, Sabina, Fidelia y Lizeth¹⁷.
- Grupo B: Compuesto por seis mujeres que recibieron atención en los hospitales pertenecientes al IMSS. Cuatro de ellas cuentan con niveles de educación superior completa, una de ellas con una formación universitaria trunca y la última con estudios en curso. Todas ellas tienen o han tenido empleos formales y laboran en las áreas de la educación y la salud. Una de ellas es de origen indígena, sin embargo, no habla lengua indígena y es nacida en esta ciudad. Este conjunto está conformado por Abigail, Brisa, Jimena, Nancy, Ágata y Daisy.
- Grupo C: Constituido por tres mujeres que se atendieron en servicios privados, ya sea a través de un seguro de gastos médicos mayores o mediante los ingresos familiares. Cuentan con educación superior, una de ellas con estudios de posgrado y se desempeñan profesionalmente en las áreas de educación y salud. Esta agrupación está compuesta por Tita, Tula y Miranda.

¹⁷ Todos los nombres fueron modificados con el fin de mantener el anonimato de las informantes.

Cuadro 2.1. Características de las mujeres entrevistadas

	<i>Número</i>
Edad	
Menores de 30 años	4
30-34 años	11
35-39 años	3
40 años o más	2
Lugar de origen	
Tijuana	12
Otro	8
Nivel de escolaridad	
Básica	4
Media superior	4
Superior	12
Ocupación	
Hogar	6
Empleo informal	6
Empleo formal	8
Estado civil	
Casada	13
Unión libre	7
Religión	
Católica	18
Otra	2
Número de hijos	
Uno	9
Dos	4
Tres	6
Cuatro	1
Tipo de atención recibida	
Seguro social (IMSS)	8
Seguro Popular (ISESALUD)	7
Clínica particular	4
Otro	1
Tiempo transcurrido desde el evento de violencia obstétrica	
Dos años o menos	10
Cinco años o menos	3
Diez años o menos	5
Más de diez años	2

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas.

2.3. Técnicas de recopilación de datos

Para la recopilación de información, se trabajó mediante el relato narrativo con un enfoque biográfico. Para Polkinghorne (1988), una narrativa es una estructura significativa que organiza eventos y acciones humanas en un todo, atribuyéndoles significados a las acciones individuales y a los eventos de acuerdo con su efecto en el todo; esta proporciona una descripción simbolizada de acciones que incluye una dimensión temporal y su materia especial son las vicisitudes de las intenciones humanas, es decir, las cambiantes direcciones y metas de la acción humana.

Las entrevistas son, explican Taylor y Bogdan (1987), encuentros entre iguales dirigidos a comprender la perspectiva que tienen los informantes sobre sus propias vidas, experiencias o situaciones, expresadas en sus propias palabras. En este proceso, el propio entrevistador es el instrumento de investigación, por lo que es necesario que este aprenda qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

Las sesiones con las informantes se llevaron a cabo en contextos relajados y en su mayoría no hubo limitaciones en el tiempo por ninguna de las dos partes. Aunque se les permitió que narraran libremente sus experiencias de violencia obstétrica, únicamente solicitándoles que compartieran todas sus experiencias de embarazo, parto y puerperio, y no solo aquellas en las que identificaban haber sido sujetas de violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias y con esto se consiguió que ellas, como narradoras, se convirtieran en protagonistas y productoras de conocimiento, que solo eran interrumpidas cuando se pretendía ahondar en alguna cuestión señalada por ellas mismas o en el caso de que resultara indispensable reencausar la conversación, se contó con una guía de entrevista (véase anexo 2) como respaldo para verificar que se habían indagado todos los temas planteados.

Las conversaciones fueron completamente grabadas, para lo cual se solicitó el consentimiento de los participantes. El trabajo con las mujeres estuvo conformado por dos sesiones, de una duración de aproximadamente dos horas. Una de ellas estuvo enfocada en explorar lo que denominé “historias de embarazo, parto y puerperio”, mientras que la otra se centró en conocer el relato autobiográfico de las mujeres, esto con

el fin de comprender con mayor profundidad el contexto en el que se desarrollaron las historias narradas en la primera sesión. En algunos pocos casos las dos sesiones se conjuntaron en una por solicitud de las informantes.

Durante las sesiones de trabajo, se hicieron anotaciones en un cuaderno de trabajo de campo y a partir de estas y de los relatos contenidos en las grabaciones de audio se redactaron versiones breves de las historias de embarazo, parto y puerperio, casi al terminar las reuniones, con el fin de transmitir el contenido de la memoria inmediata a los textos. Estas permitieron irse haciendo una idea de los perfiles y experiencias de las participantes y seguir buscando casos que agregaran variedad a la muestra.

2.4. Presentación de los casos de estudio

Con el fin de que resulte sencillo poner en contexto las situaciones que serán descritas y analizadas en los siguientes dos capítulos de resultados, en este apartado se presentan brevemente los casos individuales que fueron incluidos en el corpus de esta tesis y, como ya se mencionó, fueron organizados en tres grupos: el primero de ellos correspondiente a las mujeres que vivieron alguna experiencia de violencia al recibir atención en un hospital dependiente de ISESALUD; el segundo, compuesto por quienes están afiliadas al IMSS y, por tanto, los malos tratos se dieron en alguna de sus clínicas, y el tercero, conformado por quienes recibieron servicios médicos en establecimientos particulares.

En el primer grupo (A) se ubica Lucía, quien tiene 30 años, estudios incompletos de preparatoria, es casada, tiene tres hijas -de 11, seis y dos años- y actualmente se dedica al hogar. Lucía describió situaciones de violencia en todos sus partos, entre ellos, durante el primero le realizaron diversos tactos de manera muy brusca, la hicieron que tomara medicamentos sin decirle qué eran y le extraviaron algunos documentos. En su segundo alumbramiento le estaban suturando una episiotomía, por lo que ella les dijo que la estaban lastimando, a lo que una asistente respondió “¿y cuando lo estabas teniendo nadie te lastimó?”. Tras su tercer parto, ya en el área de puerperio, estaba dando pecho a su hija, cuando llegó una doctora y le dijo “Señora, ¡Qué obesa está! ¿No le da vergüenza?”. A

pesar de los malos tratos que ha recibido en todos sus partos, Lucía nunca ha levantado alguna queja porque considera que de cualquier forma no pasa nada.

Julia tiene 31 años y la secundaria terminada. Se ha empleado en maquiladora y actualmente realiza trabajos ocasionales de limpieza en casas y manualidades. Vive en unión libre y tiene un hijo, de 12 años y dos hijas, de siete y cinco años, respectivamente. Durante su primer parto, en ISESALUD, el médico le realizó la maniobra de Kristeller y le dejó dos costillas rotas, además le hizo una episiotomía que le provocó una fisura anal. Su primera hija nació en una clínica particular, en la cual recibió buena atención. Para el nacimiento de su hija más pequeña, ella necesitaba una cesárea debido a una complicación, para lo cual tuvo que estar asistiendo de nuevo al hospital de ISESALUD durante una semana, sin que le dieran la atención necesaria, hasta que habló con un gestor y consiguió que la atendieran.

Sabina es una mujer indígena originaria de Oaxaca, tiene 39 años y cuenta con la secundaria terminada, se dedica a la limpieza de casas, pero también da talleres en CAMI. Es casada y tiene tres hijas -de 22, 14 y nueve años. Aunque todos sus partos tuvieron lugar en el mismo hospital de ISESALUD, fue hasta el tercero que ella percibió estar recibiendo malos tratos, comenzando por comentarios discriminatorios debido a que no se había realizado la tricotomía¹⁸ antes de ingresar al centro de salud, lo que condujo a que un miembro del personal de salud le dijera “ustedes las mujeres que vienen de los pueblos deberían de aliviarse allá en los pueblos”. En esta misma ocasión, Sabina fue sujeta de múltiples tactos hechos por distintas personas, que la hicieron sentir exhibida y de una cesárea apresurada, en la que el médico no esperó a que la anestesia le hiciera efecto, lo cual la hizo sentir *como un animal*.

Fidelia es también una mujer indígena, proveniente de la misma entidad que Sabina. Ella cuenta con 43 años y terminó el primer año de secundaria. Se dedica a la asistencia del hogar y se desempeña como apoyo en una de las áreas de CAMI. Vive en unión libre y tiene una hija de 24 años y uno de 17. Su primer parto fue en una clínica privada ya que, al ser asistente del hogar, no contaba con seguridad social y en aquella

18 Se trata del conjunto de procedimientos que se realizan para preparar la región operatoria, que incluye el rasurado de la vulva y el pubis, mediante los cuales se pretende dejarlos libre de vello y flora bacteriana.

época no existía tampoco el Seguro Popular. Para el nacimiento de su segundo hijo, intentó ingresar al hospital de ISESALUD, sin embargo, la atención le fue negada por lo que finalmente dio a luz en la misma clínica particular que la primera vez. La experiencia de discriminación que describe no comenzó durante el alumbramiento, sino desde los controles de embarazo en el centro de salud.

Lizeth es tijuanaense, tiene 31 años y es psicóloga. Es casada, tiene una hija de dos años y actualmente se dedica al hogar. Su contacto se dio a través del grupo de Parto humanizado y la entrevista con ella se llevó a cabo en una cafetería cercana a su domicilio. Lizeth cuenta que realizó una exhaustiva búsqueda en distintos hospitales particulares de la ciudad con el fin de tener un parto respetado, sin encontrar ninguno que pudiera cumplir sus requerimientos. Así fue como se enteró que el Hospital de ISESALUD forma parte del programa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, y decidió parir ahí. Menciona que desde las primeras consultas recibió regaños, y al ir a una revisión le dieron un diagnóstico erróneo y la intimidaron para que se quedara internada, aunque aún no sentía que hubiera comenzado el trabajo de parto. Ahí, dice que le hicieron todo lo que estaba en su lista de procedimientos que no quería, entre ellos una cesárea. También describe un abandono tanto físico como emocional por parte del personal de salud, así como haber recibido críticas debido a su sobrepeso. Actualmente Lizeth está tomando terapia psicológica con el fin de superar esta experiencia.

Abigail es parte del segundo conjunto (Grupo B), tiene 32 años, es tijuanaense y es licenciada en psicología. Es casada y tiene una niña de casi dos años. Ella me platicó sobre lo abrumada que la hicieron sentir en su primera cita en la clínica del Seguro Social, donde la mandaron hacer un montón de cosas cuando a ella apenas “le estaba cayendo el veinte”. También me habló de la actitud de total rechazo que recibió al solicitar que le entregaran su placenta después del alumbramiento, los comentarios groseros que le hicieron por no llegar depilada, la brusquedad con que le realizaron algunos tactos y la insistencia por parte del personal de salud para que permitiera que le colocaran el dispositivo intrauterino (DIU). Apenada, también me contó que, aunque finalmente firmó para que le pusieran el DIU, se robó la hoja del expediente, por

sugerencia de una de sus compañeras de la sala de parto, y así se libró del anticonceptivo, aunque no sin pasar un susto.

Brisa tiene 33 años, es tijuanense y tiene estudios trancos de licenciatura en comunicación. Es casada, tiene una hija de cinco años, y dos hijos, de dos años y tres meses, respectivamente, y actualmente se dedica al hogar. La atención durante la que menciona que vivió violencia obstétrica fue la de su segundo parto, en una clínica del Seguro Social, donde una doctora la atendió con brusquedad, desautorizó sus conocimientos sobre su cuerpo, al decirle que ella no sabía de dolores porque su anterior bebé había nacido por cesárea; tuvo que soportar chistes sobre el suministro de oxitocina a todas las parturientas en la sala, le restringieron el movimiento y se sintió tratada *como un animal* mientras le realizaban una episiotomía. A lo que no cedió fue a la insistencia de que se pusiera el DIU, frente a lo cual respondió que, si no la dejaban salir, llamaría a los medios de comunicación.

Jimena tiene 25 años, es tijuanense y licenciada en teatro. Es casada, tiene dos hijas, de cinco años y cinco meses, respectivamente. Actualmente da clases de teatro y su contacto se realizó a través del grupo de Parto humanizado. La violencia para ella comenzó cuando tuvo que dejar de atenderse en el ISSSTECALI y empezó a asistir al IMSS, donde la regañaban debido a que no contaba con el expediente del anterior servicio. Mientras estuvo internada, esperando para que naciera su hija, tuvo que escuchar las muy diversas versiones que cada médico le daba sobre su estado, fue acosada debido a que el personal de salud creía que consumía drogas y, cuando gritaba por el dolor que sentía, una enfermera le respondió “si así fuiste para abrir las piernas, ahora no te quejes”. Al momento de la expulsión, le hicieron una episiotomía, la cual no le suturaron correctamente y durante los siguientes dos años tuvo muchos problemas y sensibilidad al sentarse y al tener relaciones sexuales. Tras una mala atención cuando fue a quitarse los puntos, decidió darse de baja en el IMSS y cambiarse al Seguro Popular, donde se estuvo atendiendo para su segundo embarazo, cuyo parto se dio en su casa con una aprendiz de partera.

Nancy tiene 31 años, es licenciada en docencia y profesora interina en una secundaria. Está casada y tiene una hija de nueve años y un hijo de seis meses. En su

primer parto le dijeron que sería necesario realizarle una cesárea, sin embargo, le hicieron un enema, y la tuvieron en espera durante varias horas a pesar de que se trataba de una urgencia. Después de haber dado a luz, sufrió un desmayo en el que nadie la ayudó a pesar de sus llamadas de auxilio, por lo que se lastimó y tuvo una hemorragia. Solicitó que le permitieran el acceso a un familiar para que le apoyara con su niña y esto le fue negado. Su segundo hijo nació en Estados Unidos, donde Nancy describe haber recibido una buena atención.

Ágata tiene 28 años y es proveniente de Sonora. Tiene una licenciatura en docencia y se desempeña como profesora de secundaria. Está casada y tiene un hijo de siete años. Al estar internada por seis semanas durante su embarazo, fue sujeta de violencia verbal, pues al mostrar su preocupación y hacer preguntas a las enfermeras le llegaron a responder “ah, ¿para eso se embaraza?, pero para abrir las piernas sí fue buena”, también escuchaba comentarios entre los médicos respecto a que su futuro hijo podía nacer con retraso debido a su preeclampsia y además sufrió un accidente en la camilla debido al descuido del personal, razones por las que ella considera que necesita ayuda psicológica.

Daisy tiene 23 años, actualmente cursa estudios de licenciatura y trabaja como cajera en un supermercado, además de colaborar en CAMI. Ella tiene origen indígena, sin embargo, ya es nacida en Tijuana y no habla la lengua. Vive en unión libre y tiene una hija de ocho meses. Los primeros meses de embarazo Daisy acudió a una clínica particular, donde la médica que le brindó el servicio la trató mal, no dejó que su pareja entrara a acompañarla durante la consulta y la tachó de irresponsable por no saber exactamente cuánto tenía embarazada. Posteriormente comenzó a acudir a una clínica del IMSS, pero en el momento en que ella ya sentía estar en trabajo de parto, en el Seguro Social le decían que aún no estaba lista, por lo que decidió volver a atenderse en un servicio particular, esto también como resultado de que ya había recibido algunos malos tratos en el IMSS.

Tita es una de las tres mujeres que conforman el grupo C. Ella tiene 38 años, es tijuanaense, tiene una maestría y actualmente da clases en una universidad. Es casada y tiene una niña de dos años. Ella es una de las administradoras de un grupo de mamás en

Facebook, por lo que leyó mi solicitud y me dijo que podía ser mi informante. Ella considera que la violencia comenzó desde que apenas planeaba embarazarse, cuando se hizo algunos estudios y la enviaron a ver a una especialista en fertilidad que desde el inicio la trató mal. Cuando ella le hizo una pregunta sobre la asociación entre prolactina y depresión, la doctora le contestó que un hijo no le iba a solucionar la vida, comenzó a insultarla y terminó por hacerla llorar y dudar si debería ser mamá. Ya embarazada, se sintió intimidada por parte del médico particular que la atendía, quien insistió en la necesidad de realizarle una cesárea, hasta lograrlo. También vio ignorado el plan de parto que presentó en el hospital y menciona que a su hija le dieron un “biberón pirata”, es decir, le suministraron fórmula, aun cuando ella había sido clara en señalar que quería proporcionarle lactancia materna exclusiva.

Tula tiene 43 años, nació en Tijuana y es terapeuta corporal. Actualmente vive en unión libre y tiene tres hijos de 23, 18 y tres años y una hija de cuatro meses. Ella menciona haber experimentado violencia obstétrica en los nacimientos de sus primeros dos hijos, en el primero esto se expresó en una maniobra de Kristeller y en el segundo en la restricción de su movilidad, lo que la llevó a que en su tercera gestación buscara un ginecólogo a favor del parto humanizado y estuviera acompañada de doulas¹⁹, mientras que el último se llevó a cabo en casa con partera.

Miranda tiene 32 años, es oriunda de Guadalajara, estudió psicología y se desempeña como orientadora en una preparatoria. Es casada y tiene un hijo de un año. Se estableció contacto con ella mediante el grupo de Parto humanizado. Ella recibió atención particular y menciona que durante su embarazo todo parecía ir para parto natural, sin embargo, frente a algunas dificultades durante el trabajo de parto, el médico le sugirió programar una cesárea, pues le dijo que podía inducirle el parto, pero podía estar así por horas sin que su hijo naciera. Cuando fue a consultar a otro ginecólogo que la había estado revisando anteriormente, este le comentó que ese fin de semana había un congreso de ginecólogos en Ensenada y no iba a encontrar a ninguno en la ciudad. A pesar de esto, decidió, junto con su esposo, que le realizaran la cesárea. Sin embargo, meses después *se*

¹⁹ Se trata de profesionales que se dedican a proporcionar apoyo emocional, físico y educativo a las mujeres durante el embarazo, el parto o el posparto, con el objetivo de que tengan una experiencia segura, memorable y empoderada.

hizo la película y se cuestionó si de verdad esa cesárea era necesaria. Como una estrategia para “ventilar toda la mierda que te pasa por la cabeza”, formó un grupo de apoyo con algunas amigas que estaban en posparto, pero le dio muy poca continuidad porque estuvo a punto de mudarse.

2.5. Estrategia de análisis

Una vez llevadas a cabo las entrevistas, estas han sido transcritas en un procesador de texto y posteriormente analizadas, teniendo como base las categorías desarrolladas en los esquemas de operacionalización de conceptos (véanse anexos 3 y 4). El análisis de los documentos se realizó mediante el paquete de software Atlas.ti, elaborando y asignando códigos surgidos de estos esquemas y agregando algunos otros códigos que se originaron durante la lectura de los textos (véase anexo 5). Esto permitió proceder a la reorganización de los conceptos teóricos y al diseño de la estructura de los capítulos de resultados.

Dado que se buscó llevar a cabo un análisis de tipo interseccional en el que no se generalizaran las experiencias de violencia obstétrica como una sola, además de la condición de género y la estratificación de acuerdo con la institución de salud en la que se recibió la atención y se vivió la violencia, mal trato o intervención innecesaria, se tomaron en cuenta la escolaridad, la edad y la etnicidad como categorías de análisis y se trató de incluir las diferentes historias en cada uno de los apartados con el fin de analizar la variabilidad, las similitudes y diferencias de las experiencias, de acuerdo con estas categorías.

Comentarios finales

El uso de técnicas narrativas en la investigación sobre cuestiones de violencia y en las que los informantes son sujetos que pueden considerarse oprimidos es una elección que permite darle voz en primera persona a quienes no suelen contar con espacios para compartir sus historias. En ese sentido, pretende ser un aporte en la búsqueda de justicia

social para las más desvalidos. Una de las dificultades más importantes que se presentan al realizar trabajo de campo sobre temas en los que se considera que determinadas personas son víctimas, mientras que otras son victimarios, es la constante necesidad de buscar cierta neutralidad. En este caso, esto no significa que como investigadora sea posible suprimir los sentimientos de ira e indignación que provoca escuchar las historias que componen a esta problemática o no sentir mayor empatía hacia unos u otros agentes, sino tener siempre presente que en buena parte de los casos, quienes son considerados victimarios, son a su vez parte de una cadena de violencia mayor.

Así mismo, otra de las limitaciones que caracterizaron a la investigación fue el papel que juegan la memoria, la percepción y el interés que los informantes pusieron en su momento a algunos de los componentes de sus experiencias en específico. Un ejemplo recurrente de esta problemática dentro de las narraciones de las mujeres fue el hecho de que les resultaba difícil definir a los sujetos con los que interactuaron al recibir la atención obstétrica. Si bien, esto puede dificultar el trabajo de análisis, también es interesante debido a que habla por sí mismo de las relaciones que se establecen dentro de las salas de parto. Finalmente, cabe señalar que los obstáculos señalados vuelven imperativo el ejercicio de una constante reflexividad y vigilancia epistemológica que nos haga conscientes de cada paso que damos en la investigación.

CAPÍTULO 3. DIMENSIONES Y CONTEXTO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dada la complejidad de elementos que confluyen en el origen de la violencia obstétrica, tanto a nivel macro, meso y micro, es fundamental tomar en cuenta las distintas dimensiones que constituyen esta problemática. Como hemos expuesto en el primer capítulo, el tipo de violencia que aquí analizamos es una violencia directa y visible, que resulta de otras violencias mucho más difíciles de ver, pues están arraigadas en las estructuras que componen a nuestra sociedad y en los significados y símbolos que nuestra cultura produce.

Para comprender este fenómeno de carácter multifacético es indispensable considerar los componentes sociales, culturales y directos de este tipo de violencia, es por ello que este capítulo tiene como objetivo trazar las dimensiones centrales en su conformación, de las cuales para el contexto de este estudio se identifican cuatro: 1) la existencia de una cultura de violencia de género que permea a grandes sectores de nuestra sociedad, 2) la violencia estructural y económica, ejercida por un Estado de corte neoliberal, 3) el *habitus* médico caracterizado por una naturaleza de tipo autoritaria que surge de un entorno violento durante su formación y 4) el carácter incipiente de nuestra cultura de derechos.

El primero de estos elementos, la violencia de género, es un fenómeno que tiene como punta del iceberg al feminicidio, pero que permea nuestra cultura en general y se expresa en muchos niveles a través de prácticas que van desde el humor sexista, los celos y las intimidaciones hasta las amenazas, las violaciones y, como ya se señaló, el asesinato²⁰. A pesar de la larga y visible lucha feminista en México, el objetivo de alcanzar una vida libre de violencia para las mujeres parece estar aún lejos²¹. Aunque

20 Respecto a esta clasificación, existen diversos modelos que buscan exponer los distintos niveles que conforman la violencia de género, entre ellos el iceberg de la violencia de género, de Amnistía Internacional y el violentómetro, creado en la Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

21 Un claro ejemplo de ello es la evolución de las tasas nacionales de defunciones de mujeres con presunción de homicidio que, aunque ha tenido variaciones en las últimas tres décadas, pasó de 3.8 defunciones por 100,000 mujeres en 1985 a 4.4. en 2016 (SEGOB/ INMUJERES/ ONU Mujeres, 2017).

algunas características de la violencia obstétrica la vuelven única, enmarcarla dentro la cultura de violencia de género es importante dado que el análisis de esta última es clave para comprender la situación de las mujeres en nuestra sociedad y cómo esto repercute en el trato que esta recibe durante la atención del embarazo, parto y puerperio en las instituciones sanitarias.

La segunda dimensión, la violencia de tipo económica ejercida por el Estado, toma importancia a partir de los inicios de la implementación de políticas neoliberales durante la década de los ochenta, que implicaron ajustes estructurales y recortes de gastos en los sectores sociales, como el de la salud, provocando un deterioro en el servicio y un aumento de la insatisfacción en prestadores y usuarios del sistema (Homedes y Ugalde, 2005). Si bien, esto afecta a todos los beneficiarios de los servicios de salud, tanto hombres como mujeres, es importante señalar que el adelgazamiento que han sufrido los aportes de parte del gobierno hacia este sector tiene peso en el tipo de atención que la población recibe en el área obstétrica ya que, al tratarse de espacios usualmente sobrepoblados, la falta de recursos no solo dificulta que se pueda dar acceso a todas las usuarias desde el primer momento en que lo requieren o que se les brinde el tipo de servicio que por su condición humana y respeto a su dignidad deberían recibir, sino que este problema, aunado a la carga de trabajo muchas veces excesiva, repercute también en el ánimo y el desempeño del personal de salud.

El tercer ingrediente es la manera en que se ha conformado la cultura médica a través de prácticas como la estricta jerarquización y el autoritarismo, los castigos como forma, más que de enseñanza, de amaestramiento, y el disciplinamiento de género como un modo de reafirmar el *statu quo* del campo médico como un espacio eminentemente masculino, el cual aunque se modifique en su conformación numérica, no lo hace en cuanto a sus significados y valores culturales (Pozzio, 2014). Al inherente carácter asimétrico de las relaciones entre médicos y pacientes, además se suma la desigualdad de género y la falta de empatía, comprensión y habilidades de comunicación por parte de profesionales que en muchos casos han sido violentados desde inicios de su formación hasta alcanzar un importante grado de desgaste, estrés, disminución en el desempeño profesional e insatisfacción laboral (Sepúlveda-Vildósola *et al.*,2017).

Una última pieza en nuestra explicación de las dimensiones que subyacen a la violencia obstétrica es el hecho de que, aunque actualmente existen diversas figuras legales que tienen como fin el garantizar tanto el derecho a la salud, como a una vida libre de violencia nivel local, nacional e internacional, aún es necesario llevar a cabo una tarea pedagógica en la que la cultura de derechos se difunda al grado de que la ciudadanía no solo conozca los derechos que les protegen, sino los caminos para hacerlos exigibles y justiciables. Es por ello por lo que un primer paso en esta labor es la enunciación y sistematización de este corpus.

Así pues, el capítulo está integrado por cuatro secciones, cada una de ellas correspondiente a cada una de estas dimensiones; en estas se busca presentar las condiciones que en las últimas décadas han caracterizado a los elementos ya enunciados. Aunque el estudio que aquí presentamos fue realizado a nivel local, es esencial tener en cuenta que las características de los elementos que intervienen en la conformación de la violencia obstétrica circulan y se nutren de eventos ocurridos tanto a nivel local como global. Por último, cabe señalar que, aunque consideramos que estas son las piezas fundamentales para comprender por qué se presenta este tipo de violencia en el contexto analizado, las explicaciones no se agotan aquí, sino que posiblemente tendrán matices y variaciones dependiendo el lugar y la época de su estudio.

3.1. Tiempos violentos: Violencia de género en México

La violencia de género es un reflejo de la desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Para Estévez (2017), en el caso de México esta es parte de una continuidad con la violencia criminal que se origina en una crisis de derechos humanos, en la que el espacio socio-legal es disfuncional, corrupto y deliberadamente letal. Las dos guerras necropolíticas²² que se desarrollan simultáneamente tienen como objetivo, por un lado,

²² Estévez habla de dos guerras necropolíticas para referirse a “ un tipo de conflicto que simultáneamente explica la violencia delincencial y la de género, como parte de un *continuum* de una violencia cuyo objetivo es asegurar el comercio de la droga y la mercantilización de los cuerpos de las mujeres para afirmar los mercados criminales. Con México como estudio de caso, se ofrece una tipología de las guerras necropolíticas: la *guerra por la gubernamentalización necropolítica del Estado* y la *guerra por la desposesión de los cuerpos de las mujeres.*” (2017, p. 69).

ganar la alianza con el Estado en la reproducción del capital criminal y por el otro, disponer a las mujeres de sus cuerpos para dominio misógino privado y para la explotación sexual.

Si bien, la violencia obstétrica es un asunto que se da en un tiempo y espacio muy específico de la vida de las mujeres, la cosificación y objetivación sexual que se ejerce sobre las corporalidades de quienes han sido asesinadas, desaparecidas o explotadas nutren los imaginarios y las representaciones sobre el valor de la población femenina en nuestro país y su derecho a ejercer el control sobre sus propios cuerpos. Por una parte, algunos grupos siguen viendo a las mujeres como sujetos desechables y que no merecen ejercer su autonomía, mientras que esto mismo ha avivado la organización colectiva de las mujeres para visibilizar y sensibilizar a la sociedad respecto a las agresiones de género, a través de movimientos como el *Ni una menos*²³.

A pesar de los diversos frentes de lucha, la violencia no ha cedido. Para 2016, aproximadamente seis de cada 10 mujeres de 15 años o más en México, habían sufrido por lo menos un incidente de violencia durante su vida; este mismo año, fueron asesinadas 7.5 mujeres por día en el país. Aunque la cuantificación de los feminicidios es una tarea difícil y por ello no se cuenta con cifras del todo confiables, entre 1985 y 2016 se han acumulado 52, 210 defunciones de mujeres²⁴ con presunción de homicidio a nivel nacional (SEGOB/ INMUJERES/ ONU Mujeres, 2017). Esta alarmante situación llevó a que en 2016 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) instara a México a tomar medidas urgentes y prioritarias con el fin de prevenir, investigar y juzgar las muertes violentas y desapariciones de mujeres en el país (Suárez, 2018).

En el caso de Baja California, el clima de violencia contra la mujer puede observarse al comparar la cifra de defunciones de mujeres por homicidios que pasó de 35

23 Esta es la consigna a partir de la cual surgió un movimiento feminista en Argentina, el cual ha sido retomado en distintos países de Latinoamérica, Europa y Asia, entre ellos México, donde el 19 de octubre de 2016, se convocó a un paro nacional para denunciar el feminicidio.

24 En el informe del que se retoman estas cifras, al igual que en las estadísticas provenientes del INEGI, se mencionan como “defunciones femeninas”, sin embargo, decidimos sustituir este término por “defunciones de mujeres”, ya que no todas las mujeres se identifican necesariamente como femeninas y, de hecho, el no cumplir con los mandatos de la femineidad es una de las razones por las que en algunos casos son asesinadas.

en 2006 a 126 en 2016²⁵, es decir, casi se cuadruplicó (INEGI, 2018). Así mismo, es notable que en 1985 este estado se ubicaba en el lugar 27 en este tipo de muertes a nivel nacional y fue escalando y fluctuando durante las tres décadas pasadas hasta llegar a ubicarse en segundo lugar en los años de 2008 y 2009. En 2016 se encontraba en la sexta posición, mientras que Tijuana ha oscilado entre el segundo y octavo lugar de la concentración municipal del feminicidio entre 2010 y 2016.

Lo más preocupante es que a pesar del creciente ambiente de inseguridad que se vive en esta ciudad y las constantes noticias sobre la aparición de cuerpos de mujeres en terrenos baldíos, las desapariciones de menores de edad y los rumores de levantones en camionetas blancas, las autoridades niegan que los feminicidios sean una tendencia a la alta (Cuellar, 2019), esto coincide con el hecho de que de los 17 homicidios de mujeres registrados durante el primer mes de 2019, ninguno haya sido tipificado como feminicidio (Heras y Navarro, 2019).

Como se señalaba en la introducción de este capítulo, el feminicidio es solo la punta del iceberg en una serie de violencias que van escalando en intensidad. Así, según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, los tipos de violencia mayormente experimentados por las mujeres en Baja California son la emocional (42.6%) y la sexual (40.2%), mientras que les siguen la violencia física, que ha sido padecida por casi una tercera parte de los casos (30.5%) y la económica o patrimonial, que arroja resultados muy similares (30.3%). Entre quienes infligen la violencia, es la pareja quien más violenta emocionalmente a las mujeres (31.8%), mientras que la violencia sexual es recibida principalmente por otros agresores (38.4%) (INEGI, 2017). Estos datos son importantes ya que ayudan a comprender la dificultad para que las mujeres identifiquen la violencia que experimentan, pues esta es principalmente de tipo sutil, invisible e infligida por alguien cercano.

En medio de este contexto de normalización de la violencia contra la mujer, de miedo y de impunidad, en el que apenas el 10% de los delitos se denuncia (Reina, Centenera y Torrado, 2018) no es extraño que, según la misma encuesta, más de una

²⁵ Al realizar esta consulta en la página del INEGI se tomaron en cuenta únicamente los casos sucedidos y registrados en el mismo año, aunque el sistema permite hacer consultas en las que el año de ocurrencia y el de registro son distintos.

tercera parte (34.8%) de las mujeres de Baja California con 15 a 49 años cumplidos que tuvieron su último parto entre 2011 y 2016 hayan vivido incidentes de maltrato que pueden calificarse como violencia obstétrica (INEGI, 2017), pero apenas se conozcan una decena de casos por las recomendaciones emitidas por organismos de derechos humanos y otras pocas que han comenzado a alcanzar notoriedad recientemente en los medios de comunicación y las redes sociales.

Las cifras sobre incidentes de malos tratos en la atención obstétrica a nivel nacional resultan inquietantes puesto que hablan tanto de la deshumanización de la que son sujetas las mujeres por el sistema de salud, como de la apropiación de su cuerpo y la omisión de su autonomía. Para ilustrar el primero de estos casos cabe mencionar el porcentaje de mujeres que señalaron haber sido sujetas de gritos o regañones, no haber sido atendidas por gritar o quejarse mucho, y haber sido objeto de ofensas y humillaciones, situaciones que alcanzaron un 11.2, 10.3 y 7 por ciento respectivamente; mientras que el segundo caso se ve reflejado en el 9.7 por ciento de las mujeres a quienes les fue realizada una cesárea sin que ellas dieran su autorización, al 9.2 que fueron presionadas para colocarse un dispositivo intrauterino u operarse definitivamente para no tener más hijos o al 4.2 que inclusive le colocaron un anticonceptivo o esterilizaron sin su consentimiento (véase anexo 6) (INEGI, 2017).

Estos datos permiten ver que la constante desposesión de las mujeres de sus cuerpos que se expresa de forma visible, espectacular y llamativa mediante los homicidios, las violaciones y la explotación, tiene su correspondencia en el plano de lo sutil e invisible, donde a algunos miembros del personal de salud les resulta mucho más importante alcanzar las metas numéricas de anticoncepción o realizar cesáreas cuando estas les ayuden a acelerar el ritmo de trabajo necesario en las salas de parto que desempeñarse en el marco de los derechos humanos y el respeto a la autonomía corporal de las mujeres. Existen además propuestas como la de Davis-Floyd (1994), que describen a las prácticas obstétricas como rituales mediante los que la mujer debe aceptar el orden social establecido. Así, la rutina de rasurado pélvico representa la infantilización de la mujer, el uso de la silla de ruedas durante su ingreso, incapacidad; el reposo en camilla,

enfermedad y las incisiones, como la episiotomía o la cesárea, son marcas que inscriben en su cuerpo las reglas socialmente establecidas (Fornes, 2009).

Ante el continuo asalto de la violencia género a la vida cotidiana bajacaliforniana, la sociedad civil tomó cartas en el asunto en febrero de 2015, cuando la Red Iberoamericana Pro-Derechos Humanos A.C. solicitó la activación de la Alerta de Violencia de Género del Estado de Baja California, basándose en el incremento de homicidios contra mujeres que venía desarrollándose desde 2008 y la inseguridad general vivida por la población “femenina”²⁶ de sus ciudades. Durante este proceso se llevaron a cabo algunas mesas de trabajo, entre las que se desarrolló una dedicada al tema de la salud, violencia obstétrica y violencia institucional (Red Iberoamericana Pro-Derechos Humanos A.C., 2015). En marzo de 2015 se efectuó la primera sesión del grupo de trabajo conformado para atender la solicitud, en el cual se incluyeron funcionarias y académicas, quienes realizaron una investigación a través de la revisión de documentos, entrevistas y visitas.

Aunque en mayo de 2016 se notificó la no procedencia de la Alerta, se les otorgó seguimiento a las 14 recomendaciones elaboradas por el grupo de trabajo, entre ellas, algunas relacionadas con la atención obstétrica. Así, dado que durante las visitas *in situ* realizadas a los hospitales generales de Ensenada, Mexicali y Tijuana se documentó que el personal de salud perpetraba reprimendas injustificadas, humillaciones por las características sociodemográficas de las pacientes y tratos irrespetuosos, en su informe, el grupo de trabajo exhortó al gobierno del estado a implementar medidas para capacitar al personal médico y de enfermería a fin de evitar situaciones que generan violencia obstétrica. Sin embargo, a pesar de que se llevaron a cabo varios talleres sobre “buen trato obstétrico”, la participación de los gineco-obstetras fue muy poca y la mayor parte de los asistentes fueron personal de enfermería (Grupo de Trabajo Conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género Contra las Mujeres en el Estado de Baja California, 2016).

²⁶ Se coloca este adjetivo entre comillas, ya que es la forma en que esta Red busca resaltar en la Solicitud de Alerta que las víctimas de la violencia no son solo mujeres cisgénero, sino también personas de sexo no binario, *queer* y trans.

Aun habiendo obtenido solo resultados parciales, la solicitud de activación de la Alerta de Género ha sido un hito en la contienda por una vida libre de violencia en Baja California, dado que refleja la capacidad de agencia de las mujeres a nivel colectivo en la sociedad y la búsqueda de soluciones integrales a las distintas formas de violencia que aquejan a la población femenina, como el feminicidio, la desigualdad y la muerte materna, entre otras. Este trabajo colectivo es importante ya que

la violencia de género contra las mujeres se sustenta en un conjunto de condiciones sociales, políticas, culturales, económicas e ideológicas que logran articular los procesos macrosociales con la vivencia de la subordinación en el orden de las relaciones cotidianas y en las escalas microsociales, lo que hace que cada mujer perciba su situación como algo personal, individual, no compartido con otras y mucho menos producto de una compleja construcción sociohistórica de poder y de dominación (Castañeda, Ravelo y Pérez, 2013:14).

Solo al poner en común luchas aparentemente individuales, es posible comprender que estas en realidad están interrelacionadas y son luchas interseccionales contra un sistema de opresión complejo que requiere ser transformado en todos sus niveles, dado que el cambio a una escala tiene incidencia en la otra, en este caso, modificar la cultura de género para suprimir su carácter violento, necesariamente debe tener un efecto positivo en las formas de gestar, parir y maternar, es decir, es un paso adelante en la batalla por la descolonización del útero.

3.2. Inequidad y falta de acceso: Violencia económica de Estado

En el análisis de la violencia obstétrica resulta necesario tomar en cuenta las distintas características y pertenencias de las mujeres que la han experimentado, pues hasta ahora se ha afirmado que quienes la viven con una mayor frecuencia son las indígenas, así como quienes tienen una baja escolaridad e ingresos económicos limitados, es decir, mujeres no privilegiadas -lo que algunas autoras norteamericanas llaman *outsiders*-, sin embargo, aunque de muy distintas maneras, no solo estas, sino también las mujeres que pueden ser consideradas con mayores privilegios en la sociedad, son sujetas a un tipo de violencia en el que se interconectan la práctica obstétrica con la maquinaria capitalista, el

abandono por parte del Estado de sus funciones sociales y las limitaciones económicas que crecen constantemente en la mayor parte de los estratos de la población.

Así pues, es posible hablar de la existencia de una violencia obstétrica económica, la cual consiste en la ausencia de las condiciones y la libertad económicas para acceder a la atención obstétrica de acuerdo a las necesidades específicas de cada mujer gestante. Esto tiene dos expresiones según el tipo de atención recibida: en el caso del sector público, conlleva el riesgo de una negación de la atención debido a las carencias en la infraestructura, así como a una atención deficiente o incompleta por falta de algunos insumos materiales; mientras que en el privado produce la sospecha en las usuarias de haber sido objeto de cesáreas que no eran realmente necesarias para el nacimiento de sus hijos. En ambos casos, pero primordialmente en el primero, considero que las políticas neoliberales implementadas en nuestro país son parte de la explicación.

Escalante (2015) señala que actualmente vivimos globalmente un momento neoliberal. El neoliberalismo es un programa intelectual y político que surge como una crítica al liberalismo clásico, parte de la idea de la superioridad de lo privado sobre lo público y se basa en una lógica de mercado, sin buscar eliminar al Estado ni reducirlo, sino ponerlo al servicio de este. Su formación ha sido larga y complicada, sus inicios se remontan a la década de los treinta del siglo pasado, sin embargo, es en 1994 cuando ve la luz su implementación en alrededor de 18 países que habían visto desplomadas sus economías y a los cuales se les condicionó el asumir las reformas institucionales neoliberales a cambio de condonarles millones de dólares en deudas (Harvey, 2007).

En México, el camino hacia el neoliberalismo inicia con la crisis global de la década de 1970, en la que la economía del país se vio golpeada intensamente y el Estado respondió fortaleciendo el sector público, hasta alcanzar una deuda externa de 58,000 millones de dólares en 1982. Diversos eventos como el alza en los tipos de interés, la caída de los precios del petróleo y la huida masiva de capitales tuvieron efectos desgarradores que desembocaron en una devaluación del salario real de los trabajadores de entre el 40 y 50% y el aumento de la inflación en cifras que superaron al 100% entre 1983 y 1988 (Harvey, 2007).

Algunas de las políticas dictadas por el Banco Mundial consistieron en la reducción del gasto en salud a nivel federal, la disminución del papel del gobierno federal en la prestación de servicios en este sector, su descentralización y el impulso de un sistema único de salud. Con la reorientación del modelo económico, el gasto estatal en bienes públicos decayó y la calidad de servicios como la educación pública y la asistencia sanitaria se redujeron o estancaron (Harvey, 2007). La nueva crisis de 2008 y los consecuentes recortes en programas sociales recrudecieron la situación del sector salud, un ejemplo de ello es el recorte de 5 mil millones de pesos a la Secretaría de Salud (SSA) en 2010 (Casas, Casas, Rodríguez y Reséndiz, 2010).

Molina y Tobar (2018) señalan que luego de una generación de reformas inspiradas en el discurso del neoliberalismo en salud, en el siglo XXI surge una versión *reloaded*, dado que se hizo evidente que, aunque el gasto hubiese aumentado, los resultados en salud no mejoraron y se profundizaron las desigualdades en esta área. Para estos autores, el principal resultado de las transformaciones neoliberales han sido la tecnocratización de la salud y la pérdida de protagonismo de la cuestión sanitaria en la agenda de políticas públicas. Esto, nos dicen, se refleja en propuestas como la elaborada en 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de una Cobertura Universal de Salud que otorgaría servicios diferentes según la capacidad de pago de las personas, con lo que la responsabilidad de la salud recae en la familia, quien debe procurarla mediante el mercado, en lugar de un Sistema Universal de Salud, donde la salud se inscribiría como responsabilidad del Estado (p. 18).

El problema que resulta del dominio del paradigma tecnocrático sobre la visión de la salud consiste en que las cuestiones sanitarias son entendidas como asuntos técnicos de expertos (los médicos), se vuelven invisibles al sentir colectivo y, por tanto, su inclusión en las agendas públicas depende del funcionario en turno y no tanto de las exigencias de la población. Esto facilita el abandono de este sector y se traduce en hospitales sobrepoblados y llenos de deficiencias y falta de material, donde los casos más extremos resultan en pacientes que deben recostarse sobre cajas de cartón, vestirse con bolsas de basura en lugar de batas y donde los médicos deben improvisar con botellas de plástico para crear máscaras de oxígeno o nebulizadores (Miranda, 2019).

Apenas en febrero de 2019, la imagen de un garrafón empleado como casco cefálico para brindar oxígeno a un bebé en un hospital público de Magdalena de Kino, Sonora, se difundió de forma masiva en Internet y, mientras usuarios de las redes sociales criticaron a los médicos que improvisaron de esta manera y la directora de este centro de salud fue destituida, varios profesionales sanitarios utilizaron las mismas redes para dar a conocer sus experiencias con la falta de insumos y el desabasto de medicamentos y equipo, así como apoyar a sus colegas mediante la creación de los hashtags #yotambienimproviso y #todosimprovisamos (Miranda, 2019).

En medio de esta escasez es que se otorga atención obstétrica en muchos hospitales del país. En el caso de Tijuana, para los alrededor de 30,000 nacimientos que pueden llegar a atenderse anualmente²⁷ solo se cuenta con cinco hospitales públicos: el Hospital General Regional No. 1 y el Hospital de Gineco-Obstetricia y Unidad Médica Familiar No. 7, pertenecientes al IMSS, El Hospital General Tijuana, de ISESALUD, el Hospital General “Fray Junípero Serra”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios de Baja California (ISSSTECALI).

El mencionado número de nacimientos anuales representa un promedio de más de 80 partos diarios, estos se distribuyen de manera desigual entre las instituciones existentes, así mientras que el hospital del ISSSTE atiende aproximadamente 20 partos en un mes, este mismo número se alcanza en una de las clínicas del IMSS en un solo día (entrevista, personal de salud, 2017), mientras que ISESALUD atiende hasta 9,000 nacimientos al año, un promedio de 25 por día en un solo sanatorio que se caracteriza por ser el que presenta más carencias en la ciudad. Tan solo entre enero y mayo de 2019 han muerto 13 recién nacidos por la falta de insumos y equipo para atenderlos (Ramírez y Cuéllar, 2019).

Por otro lado, cabe señalar que, a pesar de atender alrededor de 20 partos diarios, el nosocomio del IMSS solo cuenta con 10 camas en el área de atención obstétrica y

²⁷ El dato proviene del Anuario estadístico y geográfico de Baja California 2016, donde se señala que en 2014 acaecieron 63,183 nacimientos en el estado, de los cuales el 50.25% tuvieron lugar en el municipio de Tijuana (INEGI, 2016).

además de encargarse de los partos, también es responsable de pacientes que reciben otro tipo de tratamiento ginecológicos (notas de trabajo de campo, 2019). En este contexto no resulta extraño el hecho de que las mujeres se vean en la necesidad de realizar largas esperas y dar múltiples vueltas a las instituciones para llegar siquiera a ingresar a las salas de parto.

A pesar de que estamos hablando de instituciones que se encuentran en un espacio altamente urbanizado como la ciudad de Tijuana, su infraestructura no deja de ser insuficiente para cubrir las necesidades reales de la población. Otro claro ejemplo del estado de desamparo en que se encuentra la salud materna a nivel local es el caso del Hospital Materno Infantil de Tijuana. Este nuevo nosocomio fue inaugurado parcialmente el día 25 de marzo de 2019 y aunque esto fue recibido como una excelente noticia, dado que sus instalaciones cuentan con 60 camas, cuatro quirófanos, tres salas de expulsión, 21 cuneros y ocho consultorios, el proyecto enfrentó serias dificultades para llegar a su operación, demorando siete años en su construcción y en la gestión de los recursos necesarios para lograr su apertura, la cual se vio aplazada innumerables veces desde que fuera prometido y anunciado en 2017 como una solución a la crisis del Hospital General, y hasta el momento se calcula que solo ha conseguido desahogar un 10% de las emergencias obstétricas que anteriormente atendía el Hospital General (Ramírez y Cuéllar, 2019).

Por otro lado, se encuentra el caso de la atención privada, donde las mujeres tienen la posibilidad de recibir un cuidado más personalizado o, mejor dicho, individualizado, sin embargo, esto no necesariamente implica que el trato sea siempre humanizado o de acuerdo con los requerimientos de las usuarias, sino simplemente que habrá mayores recursos que permiten la posibilidad de obtener un servicio de calidad. En cambio, un aspecto importante a señalar es que las mujeres con mayores posibilidades de tener una cesárea son aquellas atendidas mediante servicios particulares, donde esta práctica se multiplica tres veces a comparación de quienes son tratadas en hospitales de la SSA (Suárez-López, Campero, De la Vara-Salazar, Rivera-Rivera, Hernández-Serrato, Walker y Lazcano-Ponce, 2013).

En 2009, en la región de la frontera norte de México, el 64% de los alumbramientos en hospitales privados fueron cesáreas, mientras que en el sector público esta intervención representó un 34.2%. Otro dato importante es que, de las cesáreas realizadas en clínicas particulares, el 42.3% fueron agendadas previamente (McDonald, Mojarro, Sutton y Ventura, 2015). Aunque hay que considerar que una parte de estos procedimientos se llevan a cabo por elección de la futura madre, también es necesario pensar en la posibilidad de que cierto porcentaje de estas son cesáreas innecesarias, pues a pesar de las recomendaciones internacionales para limitar la aplicación de este tipo de intervenciones quirúrgicas, entre 2000 y 2012 las cesáreas incrementaron en un 60.4% en el sector privado, y esto puede deberse tanto a

razones médicas como razones no médicas, entre las que destacan la “comodidad” que esta intervención supone tanto para ellas, como para las usuarias, patrones particulares de práctica clínica de las instituciones, la interpretación del proveedor de las condiciones del trabajo de parto, la protección médico-legal de los proveedores y los incentivos económicos (Suárez-López *et al*, 2013).

Así pues, la crítica que se le realiza al papel que el sistema neoliberal juega en la salud materna es que por un lado, este compromete las posibilidades de acceso de las mujeres a una atención digna y oportuna al no existir las condiciones necesarias para ello debido a las políticas económicas que no han sabido darle a este sector el carácter prioritario que merece, dejando a las poblaciones vulnerables aún más desprotegidas y, por otro, el que sobre la atención que reciben quienes son consideradas con mayores privilegios recaiga la sospecha de que esta no es siempre guiada por razones médicas, sino por lógicas de mercado que buscan obtener el mayor beneficio económico mediante el menor esfuerzo y uso de recursos.

Como señalan Molina y Tobar (2018), “el éxito del discurso neoliberal en salud sólo podrá ser revertido en la medida que se resitúe a la salud como derecho social y como cuestión fundamentalmente política” (p. 71), esto requiere necesariamente de una toma de conciencia y movilización colectiva, que se opone al pensamiento neoliberal, el cual es hostil a toda forma de solidaridad en el que se transfiere al individuo toda la responsabilidad de su bienestar, al mismo tiempo que se le despoja de sus recursos personales y se le culpabiliza en caso de fracaso.

3.3. La práctica médica: ¿Una cultura violenta y autoritaria?

Cuando después de los cinco años cursados en sus facultades, buena parte de los alumnos de otras carreras universitarias ya pueden ser considerados profesionales, tramitar su título y empezar a ejercer, los estudiantes de medicina comienzan una de las etapas más duras de su vida profesional, el internado. Una vez cubierto este y el servicio social -con una duración de un año cada uno- y tras aprobar un proceso de selección riguroso y lleno de competencia, pueden acceder a estudios de especialidad, convirtiéndose en médicos residentes, con lo que da inicio otro de los periodos más difíciles en su formación.

Estas dos etapas, el internado y la residencia, tienen en común el ser periodos en los que algunos de quienes se desempeñan simultáneamente como estudiantes y trabajadores son sujetos de diversos tipos de violencia como malos tratos, acoso, humillaciones y castigos, entre otros. Diversos estudios han analizado las condiciones en las que se forman los estudiantes de pregrado y posgrado en nuestro país (Fuentes, Manrique y Domínguez, 2015; Iglesias, Saldívar, Bermúdez y Guzmán, 2005; Montes-Villaseñor, García-González, Blázquez-Morales, Cruz-Juárez y De-San-Jorge-Cárdenas, 2018; Ortiz-León, Jaimes-Medrano, Tafoya-Ramos, Mujica-Amaya, Olmedo-Canchola y Carrasco-Rojas, 2014; Ríos, Romero y Olivo, 2013; Sepúlveda-Vildósola, Mota-Nova, Fajardo-Dolci y Reyes-Lagunes, 2017). En ellos, los porcentajes de maltrato reportados varían del 31% en internos (Iglesias *et al*, 2005) y hasta el 98.5% en residentes (Ortiz-León *et al*, 2014).

En el estudio de Ortiz-León y colaboradores (2014), realizado entre 260 médicos residentes de tres hospitales generales de la Ciudad de México, se analizaron seis tipos de acoso: el desprestigio laboral, el entorpecimiento del progreso, el bloqueo de la comunicación, la intimidación encubierta, la intimidación manifiesta y el desprestigio personal, las principales conductas reportadas fueron las dos últimas. En particular, los residentes reportaron haber sido criticados en su trabajo, que les gritaran, y que los superiores no les dejaran expresarse, sin embargo, es inquietante que algunos manifestaron haber sido víctimas de la sustracción de algunas de sus pertenencias, haber sido obligados a realizar gastos o controlados estrictamente en sus horarios.

En este mismo trabajo se indica que los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia fueron quienes más reportaron acoso psicológico, lo cual los autores consideran que se explica porque en esta especialidad predominan las urgencias, este tipo de atención es rutinario y se caracteriza por una sobrecarga de trabajo. Un aspecto a resaltar en la cuestión de género es que las mujeres reportaron mayores conductas de bloqueo de la comunicación como el ser ignoradas, que sus preguntas no fueran respondidas o no les fuera permitido hablar, lo cual parece reflejar la idea de la superioridad de lo masculino sobre lo femenino, y de una deshumanización de las mujeres residentes por parte de sus superiores, es decir, de un trato como seres humanos dignos de diálogo al igual que sus contrapartes varones, por lo que estas prácticas pueden ser consideradas violencia de género.

Los trabajos ya mencionados coinciden en que los principales perpetradores de la violencia son los médicos de jerarquía superior, como los profesores, los adscritos y otros residentes, aunque la violencia entre pares no parece ser frecuente, estos suelen ser testigos pasivos. Los malos tratos además se dan en un contexto de sobrecarga de trabajo, que es realizada en su mayor parte por quienes se encuentran en las partes más bajas de la jerarquía hospitalaria, mediante jornadas que llegan a sobrepasar las 30 horas continuas varias veces a la semana. Las consecuencias del acoso laboral durante el curso de una especialidad no son pocas, según Sepúlveda-Vildósola y colaboradores (2017), entre estas se incluyen

la afectación del estado emocional, principalmente enojo, miedo o ansiedad, culpa vergüenza, disminución de la confianza como doctor, afectación del desempeño académico y la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral, burnout, abuso de alcohol, drogas ilícitas o automedicación, ideación o intento suicida (p. S94).

Carrillo-Esper y Gómez-Hernández (2014) señalan que la violencia durante la residencia existe desde hace décadas y los residentes las justifican porque las consideran la única manera de incorporar la cantidad enorme de conocimientos y habilidades necesarios para ejercer la medicina en un periodo tan breve, sin embargo, actualmente las redes de Internet nos permiten ver que, contrario a esta idea, aunque algunos busquen

perpetuarlas, también existen voces críticas en contra de estas prácticas, a las cuales ven como formas de explotación mediante las que se pretende obtener mano de obra barata²⁸.

Hasta que esta visión consiga modificarse en una mayor medida, es posible afirmar que el campo médico es un espacio social caracterizado por el autoritarismo y la violencia simbólica, esto puede deberse en parte a que “el médico en formación ve al médico como un personaje privilegiado en la sociedad, al que se le atribuyen una serie de características de sabiduría, liderazgo y poder, así como un modo de vida y nivel económico deseables” (Carrillo-Esper y Gómez-Hernández, 2014), es decir, la figura del médico está idealizada por los estudiantes de esta disciplina, lo cual vuelve difícil que cuestionen la autoridad y los métodos de aprendizaje implementados por aquellos a quienes ven como ejemplos a seguir.

Como explica Castro (2014), el campo médico produce una serie de subjetividades y predisposiciones que se recrean cotidianamente a través de la práctica profesional, engendrando conductas “razonables” y de “sentido común”. Lo preocupante en este contexto es que el entorno en que se están formando los futuros profesionales de la salud está lleno de violencia, entonces, ¿cómo se espera que se comporten esos médicos? No cabe duda que este ambiente tiene graves y enormes consecuencias sobre la forma en que estos se desempeñarán profesionalmente y, como escriben Carrillo-Esper y Gómez-Hernández (2014) “es difícil comprender cómo puede un joven médico incorporar cualidades como el altruismo o la compasión por un enfermo cuando se forma en un ambiente en el cual permanentemente recibe críticas o humillaciones por realizar de forma incorrecta tareas que forman parte del aprendizaje” (p. 173).

Otros aspectos que pueden intervenir en la falta de una atención más humana hacia los usuarios del sistema de salud son la preponderancia del modelo tecnocrático en la práctica médica en nuestro país, así como la estandarización y burocratización que esto conlleva. Como apuntan Jarillo, Casas y Contreras (2016), en este enfoque lo que no puede ser capturado en un sistema computarizado no existe: el buen trato, el respeto, la cordialidad, el trato personalizado y otros elementos de la subjetividad no son indicadores

28 Me refiero aquí a comentarios observados en la página de *Facebook* “Yo soy médico 17” (<https://www.facebook.com/yosoy17internacional>), en particular, en publicaciones que se refieren a problemáticas de los médicos residentes.

a registrar ni metas a alcanzar. Esto, cabe pensar, no invita a preocuparse por la satisfacción y el bienestar emocional de los pacientes, sino a dar preeminencia al cumplimiento de los indicadores de desempeño.

Si se quiere incidir en la disminución de problemas como el de la violencia obstétrica y los malos tratos hacia la población usuaria en general, una de las tareas pendientes es la transformación de la cultura médica para que deje de estar basada en las jerarquías, la violencia y el autoritarismo, así como en la explotación de mano de obra barata, y crear instituciones basadas en la equidad, el equilibrio y la armonía. Para lograr esto es indispensable no solo pensar en ajustes y nuevos esquemas de trabajo, sino realizar cambios estructurales importantes que incluyan, entre otras estrategias, la creación de un mayor número de plazas y una mayor inversión en el sector salud.

3.4. Por una cultura de derechos: Marco legal y normativo contra la violencia obstétrica

Si bien la violencia obstétrica no es un asunto nuevo, su inclusión como un problema que debe ser prevenido, erradicado y sancionado a través de leyes y normas puede considerarse reciente, pues en 2017 se cumplía apenas una década desde que este concepto fuera reconocido por primera vez dentro de la legislación de un país. Sin embargo, desde la perspectiva de los derechos humanos, es posible encontrar diversos antecedentes a los marcos legales y normativos que actualmente existen respecto al tema.

Algunos de los primeros precedentes en esta materia son los acuerdos internacionales aprobados por varios países, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) ratificada en 1979, o la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (también conocida como Convención de Belém do Pará) llevada a cabo 1994, los objetivos formulados en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, las recomendaciones dictadas por los expertos de un grupo interdisciplinario en la

Declaración de Fortaleza en 1985 (véase anexo 7), y los derechos planteados en la Observación General 14, aprobada en el año 2000.

El 23 de abril de 2007, Venezuela decreta su Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se consideran 19 formas distintas de violencia de género en contra de las mujeres, una de las cuales es la violencia obstétrica. Esto lo convierte en el primer país en incluir en su legislación este concepto y los actos que lo constituyen, e imponer sanciones a quienes la ejecuten²⁹. Así, en su artículo 15, esta ley define a la violencia obstétrica 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 (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Los actos constitutivos de este tipo de violencia son descritos en el artículo 51 de este mismo instrumento y consisten en

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al 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 (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Dos años más tarde, Argentina promulga la Ley 26.485 o Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, la cual incluye, en su artículo 6º, seis modalidades de violencia, entre ellas la violencia obstétrica, es decir, “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

²⁹ La sanción es una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.) (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2009).

Actualmente varios países de la región cuentan con iniciativas para incluir este concepto. En Costa Rica, en abril de 2015, fue presentado para su valoración el Proyecto de Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica (Gobierno de la República de Costa Rica, 2015), en Ecuador, en septiembre de 2016, comenzó a debatirse en el Pleno de la Asamblea Nacional el proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto, el cual define en su artículo 15 a la violencia obstétrica (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2016) y en Chile el proyecto de Ley de parto humanizado, también conocido como Ley Trinidad³⁰, presentado en la Cámara de Diputados a finales de 2017, busca modificar el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica (Cámara de Diputados de Chile, 2017).

En México, la NOM-007-SSA2-2016, es el medio por el que se establecen los criterios y procedimientos para la prestación de servicios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a la persona recién nacida³¹ (véase anexo 8). Entre algunas de las disposiciones para la atención del parto, esta norma señala que ningún prestador de servicios de gineco-obstetricia debe discriminar o ejercer algún tipo de violencia sobre la mujer, están permitidas la ingestión de líquidos y la deambulación, la aplicación de la tricotomía vulvoperineal y el enema evacuante no son obligatorios, el número de tactos vaginales debe ser reducido y el uso de las episiotomías selectivo y dependiendo de la valoración clínica.

Así mismo se dispone que la inducción del parto y la ruptura artificial de membranas se deben realizar según el criterio médico y mediante el consentimiento informado de la paciente. También se describen los procedimientos de vigilancia del puerperio inmediato, la importancia de la lactancia materna exclusiva en los 30 minutos

30 El nombre dado a esta ley se debe al caso de una mujer que asistió, en agosto de 2017, al Servicio de Atención Primaria de Urgencias en Pozo de Almonte seis veces durante su trabajo de parto sin recibir la atención adecuada, lo que derivó en el fallecimiento de su hija, Trinidad.

31 Si bien esta norma es la referencia central que rige la atención obstétrica, se complementa con otras como la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, la NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar y la NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, entre otras.

siguientes al nacimiento, la importancia de la orientación y las consultas posteriores, así como los procedimientos de atención a la persona recién nacida, entre otros aspectos (Secretaría de Salud, 2016).

Por otra parte, México cuenta con un Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, mediante el que se pretende establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Entre ellas se encuentra la Guía de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, con la cual se busca proporcionar atención obstétrica segura y de confianza, promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, apegada a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos, así como la vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente, y estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC, 2014).

Sin embargo, aunque se cuenta con instrumentos como estos, ello no ha conseguido erradicar de forma completa los malos tratos en las salas de parto, las intervenciones innecesarias o, en casos extremos, la negación de la atención inmediata y adecuada, lo que deriva en una situación en la que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son violados y se experimenta violencia obstétrica. Así, mientras que, en el aspecto del aseguramiento del acceso a la salud, cuando menos en la letra, hay un enorme respaldo legal, la protección de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia aún no se encuentra tan avanzada ni es tan completa como podría esperarse.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. En esta se incluyen cinco tipos de violencia, entre las cuales no se encuentra la violencia obstétrica. Un año más tarde, Veracruz se convirtió en la primera entidad federativa del país en incluir este concepto dentro de su Ley Número 235, además de adicionarla a su Código Penal en 2010, imponiendo penas que van desde los seis meses hasta los seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario, dependiendo de la conducta en que se incurra.

Aunque actualmente veinte estados incluyen la definición de violencia obstétrica en su orden jurídico, entre ellos una entidad federativa la contempla en su código de salud -Durango-, y cuatro la tienen tipificada como delito -Veracruz, Chiapas, Guerrero y el Estado de México- (véase anexo 9) (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, 2017b), hasta el momento no se ha conseguido que este concepto forme parte de la Ley General, a pesar de que entre 2015 y 2018 se han presentado al menos cinco iniciativas que proponen incluirla en el artículo 6° de este instrumento, de las cuales una también busca que forme parte de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, LXIII Legislatura, sin fecha a y sin fecha b).

Por su parte, en Baja California la iniciativa para reformar el artículo 6° de la Ley de Acceso a de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado y que a este se agregara la violencia obstétrica, fue presentada en enero de 2015 y modificada en marzo de 2016. En este instrumento la violencia obstétrica es definida como

Toda conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, mediante un trato deshumanizado, omisión de atención oportuna y eficaz, prácticas sin consentimiento como esterilización o realizar cesárea sin motivo (H. Congreso del Estado de Baja California, 2008).

Esto puede considerarse un importante avance en una entidad que históricamente ha sido reconocida por su conservadurismo en cuanto a la cuestión de derechos sexuales y reproductivos³². Ese mismo año, además, fue propuesta ante el Poder Legislativo del estado una iniciativa consistente en la creación de los artículos 269-BIS y 269-Ter para que formen parte del apartado relacionado con los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión del Código Penal y se tipifique a la violencia obstétrica (Presidencia del Congreso del Estado de Baja California, 2015), aunque al parecer no consiguió avanzar.

32 Un ejemplo de esto es el renombrado caso de Paulina Ramírez, a quien después de ser violada en julio de 1999 le fue negado el derecho al aborto legal por las autoridades bajacalifornianas y cuya petición además movilizó a las fuerzas conservadoras de la región para evitar que la joven indígena lograra su cometido (Magally, 2003). Así mismo, Baja California forma parte de las 16 entidades federativas que después de la despenalización del aborto en el primer trimestre de embarazo en la Ciudad de México en 2007, aprobaron reformas a sus constituciones locales para proteger la vida desde la concepción (Taniguchi, 2011).

Con lo descrito hasta este punto del capítulo es posible concluir que algunos de los instrumentos legales que obligan al Estado a proteger los derechos de las mujeres en el ámbito de la gestación y el nacimiento ya están puestos sobre la mesa, mientras que otros siguen como proyectos que son empujados o detenidos por distintas facciones de la sociedad. Sin embargo, este es tan solo uno de los aspectos que confluyen en la factibilidad de que se vuelva posible parir y nacer en espacios libres de violencia.

Comentarios finales

El propósito de este capítulo ha sido identificar el papel que juegan la violencia cultural y la violencia estructural en la producción de violencia obstétrica directa, para responder a ello, fue necesario analizar las principales dimensiones sobre las que consideramos que descansa este problema. Por tanto, es necesario comprender que la propuesta aquí presentada es de carácter analítico y en los casos concretos de violencia experimentada por las mujeres no siempre estarán presentes los cuatro elementos enunciados, sino que estos pueden tener mayor o menor peso en cada una de las experiencias o pueden presentarse de manera simultánea e interrelacionada. Además es fundamental señalar que con esta exposición no se buscó hablar de causas de la violencia obstétrica, ya que afirmar causalidad es algo que rebasa los objetivos de este estudio, sino que al hablar de dimensiones hay que entenderlas como distintas caras de un mismo fenómeno que podemos o no ver en determinado momento.

De esta manera, aunque la violencia de género es uno de los aspectos que permea la vida de las mujeres en general, ya que es un elemento fuertemente arraigado en nuestra cultura, la importancia de esta es mayor, por ejemplo, en el caso de quienes han experimentado agresiones en carne propia previas a sus vivencia de violencia obstétrica, ya que esto puede haberles permitido normalizar a la violencia y dificulta que ellas lo identifiquen. Esto aplica también para quienes son perpetradores, pues entre más inmersos se encuentren en una cultura de la violencia, más complicado resulta que tomen conciencia del papel reproductor que están ejerciendo.

Por otro lado, aunque hemos señalado que el sistema ideológico y económico de neoliberalismo en el que nos encontramos inmersos nos afecta a todos, esto lo hace de manera diferenciada. Así, el adelgazamiento del Estado en cuestiones sanitarias es una condición que fomenta el ambiente de explotación y sobrecarga de trabajo y facilita la persistencia de prácticas violentas hacia los médicos en formación; en el caso de las usuarias menos privilegiadas económicamente, las condena a recibir atención médica basada en existencias, en lugar de evidencias, y a ser víctima de las consecuencias de la cadena de violencia que, como ya mencioné, inicia mucho más atrás; a la población con un poco más de solvencia económica, las coloca en una posición en la que no consiguen tener certeza de que el móvil principal de los servicios que reciben son su propia salud y la de sus hijos, sino el obtener determinados objetivos monetarios.

Finalmente, cabe mencionar que el contar con una cultura de derechos no es una garantía absoluta de que estos serán respetados por los prestadores de servicios, cuando menos en un momento inmediato, pues aunque las mujeres pueden buscar repetidamente el ejercer su agencia con el fin de evitar ser vulneradas, esto no siempre tiene éxito, sin embargo, es necesario aprender a ejercer la ciudadanía, exigir y buscar la reparación de la justicia cuando esta no sea respetada, pues esto fortalecerá la capacidad de agencia tanto individual como colectiva y esta es una de las claves para obtener un cambio profundo.

CAPÍTULO 4. “PERO ESO ES VIOLENCIA, QUE DECIDAN SOBRE TU CUERPO”: LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE LAS MUJERES

El presente capítulo tiene como objetivo analizar e interpretar las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales públicos y privados de Tijuana³³. Con esta finalidad son examinadas aquí las experiencias más significativas y comunes entre las informantes de los tres grupos ya descritos³⁴ vinculándolas con tres de los elementos que hemos señalado que componen y sustentan a la violencia obstétrica desde el capítulo 1: la violencia de género, la violencia estructural ejercida por el Estado y expresada en el aspecto económico, y la cultura médica autoritaria. Estas dimensiones constituyen tres ejes a partir de los cuales se organizan las categorías, relacionadas en distinta medida con cada una de ellas.

De esta manera, propongo comprender a las experiencias de falta de acceso a una atención obstétrica digna y oportuna, y de discriminación, como una materialización de la violencia estructural y económica; a las tentativas de disciplinamiento del cuerpo reproductor y a la violencia psicológica como expresión de la violencia de género y como un intento de reafirmar los mandatos sociales tradicionales; así como la inducción de miedo, la patologización, medicalización excesivas y a las relaciones de saber/poder asimétricas como resultado de la cultura médica autoritaria y su práctica defensiva.

Es necesario mencionar aquí que la presente estructura no es necesariamente una cuadrícula hecha a rajatabla, pues como he venido señalando desde el inicio de este texto, la violencia obstétrica es un fenómeno complejo en el que sus elementos se entrelazan y

33 Cabe señalar aquí que las entrevistas en tanto textos narrativos fueron analizadas mediante códigos en el programa Atlas.Ti para definir las temáticas relevantes que se desarrollan en este capítulo. Así mismo, la interpretación de las experiencias se hizo de manera conjunta a fin de transmitir una lectura organizada del análisis que se realizó de todos los casos.

34 Como un breve recordatorio, el total de informantes cuyas experiencias se incluyeron para su análisis fueron clasificadas en tres grupos: 1) el **grupo A**, conformado por cinco mujeres atendidas en ISESALUD, con niveles socioeconómicos y escolaridades bajas, que se ocupan como amas de casa o en empleos informales, e incluyen a algunas entrevistadas con adscripción étnica o experiencia de migración; 2) el **grupo B**, compuesto por seis mujeres cuya experiencia de violencia ocurrió en el IMSS, la mayor parte con niveles de educación superior y empleos formales; y 3) el **grupo C**, integrado por tres mujeres que se atendieron en hospitales privados, cuentan con estudios superiores y de posgrado, y ejercen su profesión en las áreas de educación y salud.

llegan a traslaparse unos sobre otros, es decir, una misma problemática puede ser vista a partir de su relación con una u otra de las dimensiones con las que he venido trabajando, sin embargo, la manera en que las he organizado aquí ha sido la que he estimado más adecuada. Esto tiene que ver con el hecho de comprender a las experiencias de violencia como resultado de un dispositivo, es decir,

un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...]. He dicho que el dispositivo tendría una naturaleza esencialmente estratégica; esto supone que allí se efectúa una cierta manipulación de relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en tal o cual dirección, ya sea para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas. Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y [son] sostenidas por ellos (Foucault, *Dits et écrits*, vol. iii, pp. 229 y ss, en Agamben, 2011, p. 250).

En el contexto del fenómeno de estudio de este trabajo, considero que podemos hablar del poder obstétrico como ese dispositivo, el cual emerge inicialmente durante la transición al capitalismo y el descenso de población que se dio en el siglo posterior a la colonización de América, tanto en este continente como en Europa (Federici, 2010) y que tuvo como función estratégica, junto con la caza de brujas, el regular la procreación y quebrar el control reproductivo de las mujeres, con el fin de combatir la crisis poblacional pero que, a pesar de que el desarrollo de algunas de las prácticas de la obstetricia incluyeron numerosos beneficios, también produjeron diversos perjuicios para las mujeres que, mediante la red de elementos culturales, estructurales e institucionales que ya se han descrito en esta tesis, han derivado en relaciones asimétricas de saber y poder y, ultimadamente, en violencia obstétrica.

Antes de dar paso al siguiente apartado, cabe por último señalar que no se ha incluido aquí al cuarto elemento que he descrito como parte de la base de la pirámide de violencia obstétrica, la cultura de derechos, puesto que este está más vinculado con la cuestión de la agencia y las trayectorias de aprendizaje, de las cuales se ocupa el siguiente capítulo.

4.1. La violencia estructural como falta de acceso y discriminación

4.1.1. Falta de acceso a la atención obstétrica digna y oportuna

Una de las cuatro dimensiones que han sido identificadas en esta tesis como parte de la violencia obstétrica es la violencia económica, la cual fue descrita como fruto del ejercicio de las élites por razones económicas e inequidades estructurales injustas que benefician a ciertos sectores de la población y desfavorecen a la mayor parte de esta. En el caso de nuestro país, la implantación de políticas como el neoliberalismo ha traído como consecuencia déficits en el desarrollo de espacios suficientes y dignos para la atención de la salud de los mexicanos en general, y de las mujeres gestantes, en particular. La escasez de recursos humanos y materiales es una condición importante en la gestación de la violencia obstétrica, pues se traduce en reiteradas ocasiones en una falta de acceso a los servicios de salud reproductiva de las mujeres, la cual puede comenzar desde el embarazo o presentarse ya en el momento del parto.

Una de las informantes que vivió experiencias de este tipo durante sus dos embarazos fue Fidelia, mujer indígena del grupo A, quien además de no contar con el derecho a un servicio de salud gratuito mientras cursaba su primer embarazo, en 1994, se vio obligada a trabajar hasta el momento en que comenzó su trabajo de parto pues, como empleada doméstica, no tenía asegurado su derecho a una incapacidad pagada:

Fidelia: Yo trabajaba en el fraccionamiento Chapultepec, aja, sí, en la Chapu, la Novena, ahí trabajé. Trabajé todo mi embarazo, después me pide la señora que me regrese antes de los 40 días, me regreso con la niña.

Ester: ¿Muy rápido? ¿O como a los cuántos días?

Fidelia: Sí, pues supuestamente si me hubiera dado ella el permiso bien, y pagado, a lo mejor tenían que ser 40 antes y 40 después, pero yo me fui el último día que ya me iba a aliviar, o sea, ya me habían empezado los dolores en la mañana y yo me alivié en la tarde, entonces no hubo tiempo. Entonces me pide que me regrese antes de cumplir los 40 días, como al mes, creo, que me alivié, me pide que me regrese, me regreso y ahí me quedo con la niña. De planta me quedo con la niña, seguí trabajando... (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

Actualmente las mujeres del grupo A cuentan con el Seguro Popular, aunque no siempre fue así, pues este fue instrumentado por el gobierno a nivel nacional apenas en

2005. Este seguro está disponible para cualquier persona que no esté afiliada a otro tipo de servicio de salud pública como el Seguro Social o ISSSTE. El lugar en que las derechohabientes del Seguro Popular son atendidas es el Hospital General, dependiente de ISESALUD, que tiene una notable sobrepoblación y carencias en todas sus áreas³⁵, lo cual provoca que el acceso a los servicios sea lento y tardado, llevando a que las parturientas tengan que ir y regresar constantemente al hospital, al ser rechazadas y enviadas a su hogar por no encontrarse listas para parir, mientras que hay muchos casos de otras mujeres que se encuentran en espera antes que ellas o cuya situación puede resultar mucho más urgente desde la perspectiva médica.

Ante esta situación, algunas de las mujeres en este grupo ven su capacidad de agencia limitada y deben conformarse a la negación de la atención en el momento en el que acuden al centro de salud e insistir cuantas veces sea necesario, mientras que otras buscan alternativas en servicios privados de bajo costo. Esto último fue la opción tomada por Fidelia, durante su segundo embarazo, en 2001, puesto que, a pesar de que ella ya sentía fuertes dolores, el médico le señalaba que aún faltaban dos semanas:

Fidelia: Sí, sí, sí. Me voy al Hospital General, no me atienden, me da un dolor así de que yo decía, me quería morir y le dije a mi esposo “no, me dijo que no, que hasta, que, es más, me faltaban dos semanas, que no, que no, que solamente eran contracciones, que me esperara”. Y ya fuimos, ya le dije al doctor que yo sentía que era muy fuerte el dolor. Eso fue en la mañana, que yo llevaba así poquito, pero así tuve igual el mismo desecho que el parto de mi niña, igual así el desecho y poquitas contracciones, pero ya cuando era como la una de la tarde pues yo fui y me dijeron que no, que no me iba a aliviar en ese día y yo creo que ni en... no me daban ni esperanzas, ni en dos semanas.

Ester: ¿Cuántas veces fue, seguidas, que la regresaron?

Fidelia: Dos veces. Dos veces fui, y fui como a las 9:00 de la mañana y me fui como a las 12:30 de regreso a la casa y le dije yo a mi esposo que ya no aguantaba de la espalda, le dije “¿sabes qué? Pues ya no quiero regresar al Hospital General”, pero me dice “¿por qué?”, “porque me da miedo, me están diciendo que no me voy a aliviar -le digo- ¿cómo me voy a ir otra vez al Hospital General? No quiero irme al Hospital General” (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

El acudir a instituciones privadas para quienes cuentan con ingresos económicos bajos puede verse limitado además a quienes tuvieron embarazos considerados sanos, ya

35 Diversos medios de comunicación han evidenciado la grave situación de desabasto y las pésimas condiciones en que se encuentra este nosocomio (Periódico La Jornada, 2018; Reynoso, 2019), lo que llevó a que en octubre de 2018, los médicos de este hospital invitaran a la población a manifestar su protesta y expresarse sobre esta problemática ante la Secretaría de Salud (Reyes, 2018; Maya, 2018).

que en los casos en los que ha sido diagnosticado que el bebé nacerá con alguna afección física, las clínicas más pequeñas muchas veces no cuentan con las instalaciones o la tecnología necesaria para atenderlos y algunas de ellas no lo consideran una opción, pues pondría en riesgo la vida de sus hijos.

Así pues, podemos ver que en el primero de los extremos de este tipo de violencia se encuentran las mujeres de menores recursos, quienes solo tienen acceso a la atención médica popular, puesto que sus ingresos y los de sus familias no les permiten atenderse en otro tipo de servicios, suele tratarse de mujeres que no cuentan con un seguro como trabajadoras, debido a que se dedican a la atención de su hogar, son cuidadoras o se desempeñan en el empleo informal, en áreas como la limpieza de casas o las ventas, por lo que no cuentan con prestaciones o un sueldo suficiente para obtener la libertad de elección respecto al lugar en el que van a atender su parto, embarazo y posparto, y cuando se atienden en un establecimiento particular, este suele ser una opción de bajo costo, significando aun así un importante gasto para ellas.

En un segundo nivel, se ubican las mujeres del grupo B, que se emplean ellas mismas como trabajadoras formales o cuyas parejas cuentan con un empleo formal y, por tanto, están afiliadas al Seguro Social, institución que fue fundada en 1943. En este caso, aunque también se suelen dar situaciones en las que las pacientes no son atendidas desde el primer momento en que perciben el inicio de su trabajo de parto y se presentan en el hospital, estas no suelen ser tan frecuentes.

Además, este conjunto de entrevistadas reportó haber contado con una buena atención mientras que asistían a sus controles de embarazo, por lo que no se presentó de manera tan clara un dilema que llevara a la posibilidad de intentar acceder a otro tipo de servicio y, cuando esto ocurrió, algunas de las empleadas formales pudieron contar con ingresos económicos como el pago por su incapacidad que, si bien no es un ingreso adicional al sueldo, les es entregado en una sola exhibición, lo que en algunas ocasiones les permite tomar la vía de la atención privada, aunque se trate de servicios de bajo costo. Así lo hizo Daisy, a quien le ocurrió una situación similar a la de Fidelia -en una institución distinta y con 16 años de diferencia, ya en 2017- pues mientras ella sentía

estar en trabajo de parto, en el Seguro Social le decían que aún no estaba lista, por lo que decidió atenderse en un servicio particular:

Ester: ¿Y cómo le hicieron, por ejemplo, con los pagos?

Daisy: Pues tuvimos que dar, hasta eso me ayudó, como yo estoy trabajando con Soriana, me dieron la incapacidad, como yo estoy trabajando allá, porque si yo hubiera tenido el [seguro] de la escuela no me habrían dado nada. Entonces sí me dieron como que el pago por estar trabajando ahí y con eso mismo se pagó lo del doctor.

Ester: ¿Te acuerdas como cuánto era?

Daisy: ¿Cuánto? ¿Cuánto pagamos ma'? [mamá: como 14 mil pesos] Sí, como 14. Entonces podías dar la mitad y al día siguiente dar la mitad, o dabas todo de un... Nosotros sí dimos como mitad y mitad. Mitad para internarte y al día siguiente, otro (Entrevista, Daisy, grupo B, Tijuana, 16 de julio de 2018).

Un aspecto que influye en que quienes llegan a considerar la posibilidad de pagar una clínica privada no lo hagan, es el hecho de que al explorar sus opciones son informados que los médicos que atienden en las instituciones públicas y privadas son los mismos, por lo que se les asegura que el decantarse por la segunda alternativa representa un gasto innecesario y, en algunos casos, los familiares o el círculo social insiste en que no lo realicen. Así le ocurrió a Abigail del grupo B, quien, en 2016, durante su primer embarazo, consultó junto con su pareja la opinión de diversos conocidos empleados en el sector médico:

Marchaba mi embarazo pues que fuera normal, yo decía que sí sea parto normal, yo me había leído, de hecho le pregunté a Nadya [una conocida médico] que qué onda, que cómo estaba en la Clínica 7, anduvimos investigando porque sí me decía, y yo “no, a ver, espérate” porque otros también me decían “¿y para qué vas a pagar si tienes seguro?”, pero por las malas experiencias, yo tenía buenas experiencias, he escuchado, perdón, y malas referencias de que “no, que te dejan ahí, casi que lo tengas sola” y que no sé qué, y le pregunté a Nadya y me dijo “la verdad no va a haber otro lugar que te atiendan mejor. Me dijo “¿sabes qué? ¿dónde te van a atender? ¿dónde te están atendiendo?”, “en la Clínica 7”, le digo, “ahí están los mejores, pero como veas, los mismos privados están ahí y hasta en los lugares privados también se ven muchas cosas y, si se llega a complicar, te van a mandar a la 7, así que va a salir lo mismo, pero si quieres llevar un control por fuera y luego ya ahí tenerlo, como quieras”, de hecho a mí sí me dio el nombre de un ginecólogo, pero no fui, jaja, y me dijo, no sé si recuerdes a Adriana [...] bueno, ella también está ahí en la 7 y le pregunté, no, pues si ellas son de ahí, que me digan “¿sabes qué? pues se miran cosas”, siempre se refirieron de que muy bien, me dijo “no, te atienden muy bien, lo único puede ser que no esté el doctor a tiempo y te atiendan practicantes, es lo único pero dentro de eso todo bien”, “ah ok”, y Javier, mi esposo, también tiene un amigo que trabajaba en el Hospital General y le dijo lo mismo (Entrevista, Abigail, grupo B, Tijuana, 19 de febrero de 2018).

Otro escenario al cual se enfrentan las mujeres de este estrato medio está relacionado con las nuevas formas alternativas de parir, como el de aquellas que en algún momento de su embarazo contemplaron la idea de contar con la ayuda de una doula o partera, sin embargo, para el caso de la primera de estas, cuya labor es ser un apoyo emocional y pedagógico para la embarazada, sus honorarios pueden resultar excesivos, al ser de funciones limitadas. Esto además coloca a las embarazadas en un dilema entre el ejercer su derecho de acceso a la salud en una institución pública o decantarse por un tipo atención más acorde a sus expectativas, lo cual implica un desembolso económico mayor, ya que no solo se vuelve necesario cubrir los honorarios de quien las asistirá, sino que además requiere que el parto de la mujer se lleve a cabo en un centro de atención privada, puesto que los servicios públicos no permiten el acceso a ningún acompañante:

Abigail: Te digo que yo había leído bastante, quería también yo una doula, no sé cómo se pronuncia bien.

Ester: Ah, pero ¿a poco sí te dejan meter ahí?

Abigail: Pues era cuando andaba con el rollo de que si lo tenía en privado o así y yo dije “no, pues está bien para que me diga cómo relajarme, cómo esto, cómo el otro”, y no me gustó tanto porque yo creí que también iba a estar conmigo durante el embarazo como que...

Ester: ¿O sea, sí contactaste a alguien?

Abigail: Sí.

Ester: ¿Y nada más era para el parto?

Abigail: Ajá, me dijo “ah, sí, si tú quieres”, no recuerdo cuánto me cobraba, 3000, 4000 pesos, dice “si me dices que sí, nos vemos como dos, tres veces, para yo decirte qué libros lees y te voy a dejar cosas que lees y lo vamos a platicar y cuando ya se acerque la fecha pues vamos a tener pues nada más una sesión y aquí va a estar Javier para decirle”, pues yo creo que cómo controlarme y yo cómo voy a respirar y cosas así y nada más. Ah, y en el momento del parto iba a estar, no sé pues cuantas horas se iban a ocupar y nada más (Entrevista, Abigail, grupo B, Tijuana, 19 de febrero de 2018).

En tercer lugar se encuentran las mujeres del grupo C, que tuvieron acceso a servicios médicos privados. En el caso de esta investigación se trató de mujeres trabajadoras, algunas de ellas con mayores recursos que otras, dos de las cuales accedieron a la atención privada mediante el seguro de gastos médicos mayores de sus parejas, mientras que en el caso de la tercera los gastos salieron del bolsillo de la pareja. Para las primeras, esto implicó que las opciones de ginecólogos con las que pudieron contar se vieran muy limitadas y, de no estar satisfechas con la atención que estaban

recibiendo o con las opiniones de su médico respecto al tipo de parto que debían tener, tuvieran que conformarse y tolerar situaciones no deseadas, como el tener una cesárea en lugar de un parto natural.

Estos casos permiten vislumbrar que el recibir atención en una institución privada no es un claro sinónimo de una agencia total o una completa libertad de decisión. Un ejemplo de ello fue lo ocurrido a Miranda quien, en 2016, decidió entre varias opciones el atenderse mediante el seguro médico de su marido y terminó insatisfecha ante la sospecha de haber sido sujeta de una cesárea innecesaria:

Miranda: Y entonces yo me estuve atendiendo con un médico y todos mis chequeos super bien. Por parte del Seguro también, por mi trabajo.

Ester: O sea que ibas al particular y al...

Miranda: Al IMSS, aja. Y en todos la verdad nunca tuve ningún problema. El problema empezó cuando... mi esposo tenía un seguro por su trabajo en un hospital privado, entonces cubría todos los gastos del parto y pues ya venía incluidos honorarios del doctor y todo. Entonces pues fuimos, ya nada más no podía ser mi ginecólogo, tenía que ser su ginecólogo del hospital. Y yo dije “va, está bien”. Una de nuestras opciones era Estados Unidos y dijimos “si me voy, va a ser lo mismo, me va a atender alguien que no conozco, no hace gran diferencia”. Entonces este último mes ya estuve yendo con este ginecólogo (Entrevista, Miranda, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Lo anterior lleva a preguntarse cuál es la posibilidad, tomando en cuenta la perspectiva económica, de que una mujer logre vivir su embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con sus propias expectativas personales y a conjeturar que las experiencias de violencia obstétrica vividas por las mujeres tienen sus cimientos en una violencia económica que permea en diversos grados a gran parte de la población.

Una de las dificultades principales que implica el hablar de una violencia obstétrica económica es que en los casos que se analizaron, el violentador tiene un carácter un tanto abstracto, pues si bien este problema se vincula estrechamente con las omisiones del Estado, resulta complicado delimitar hasta dónde llegan sus responsabilidades. En algunas situaciones, por ejemplo, aquellas en las que claramente se niega el acceso de las mujeres a la atención obstétrica, su papel puede resultar contundente; en otros niveles, aunque se brindan ciertos servicios, estos están incompletos, pues se solicita a las mujeres el realizarse diversos estudios en instituciones privadas.

Finalmente, inclusive entre quienes de alguna forma cuentan con los medios para recibir atención médica particular, sus opciones se ven sumamente limitadas, ya que no utilizan sus recursos económicos propios. Es decir, entre la clase baja y media de la población, resulta sumamente complicado el que una mujer pueda acceder a una atención obstétrica completamente de acuerdo con sus necesidades y deseos, y en esto juega un importante rol la carestía económica, lo cual lleva a plantearse que el Estado está fallando en proveer los mínimos estándares de bienestar y de acceso a las necesidades de sus ciudadanos en general.

4.1.2. Las formas de discriminación en la práctica obstétrica

El 18 de diciembre de 1979, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y, con ello, los Estados que forman parte de esta se ven obligados a adoptar medidas con el fin de eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin embargo, al día de hoy la discriminación es un elemento central en el fenómeno de la violencia obstétrica.

Este tipo de violencia ha sido relacionado en muchos casos con una triple discriminación que puede darse ya sea por ser mujer, pobre e ignorante ante el saber científico (Villanueva, 2010) o por las dos primeras características sumadas al hecho de ser indígena (Íñiguez, 2013). Además de la discriminación que ya ha sido descrita hasta este punto y que puede explicarse a través del concepto de violencia de género, los resultados de este proyecto permitieron concluir que son tres los factores que fueron motivo de origen para la discriminación por parte del personal de salud hacia las mujeres entrevistadas: la pertenencia étnica, la apariencia física -en particular aquella que se relaciona con sobrepeso u obesidad- y la edad.

Hopenhayn y Bello (2001) describen a la discriminación por razones étnico-raciales como “una operación simultánea de separación y jerarquización: el otro racial o étnico es juzgado como diferente, y a la vez como inferior en jerarquía, cualidades,

posibilidades y derechos” (p. 8). Este trato como una otredad diferente e inferior fue el que recibió Sabina, una mujer indígena de 39 años, miembro del grupo A, por parte del personal de salud del hospital de la ISESALUD, por no haberse realizado una tricotomía previa a su ingreso a este centro de salud para dar a luz a su tercera hija, actualmente de nueve años:

En esta ocasión que me tocó llegar de la niña después de los ocho años, este sí me decía “¡ay! ¿Porque no te depilaste?”, que no sé qué, es que yo no sabía, a mí el doctor no me dijo que me depilara, si yo hubiera sabido yo lo habría hecho en mi casa, ¿no? Y “no, pero es que tenías que haberte depilado, pero es que ustedes las mujeres que vienen de los pueblos, deberían de aliviarse allá en los pueblos, allá deberían de aliviarse en su pueblo y no aquí”, pero yo nomas lloraba y no le contestaba nada a las personas (Entrevista, Sabina, grupo A, Tijuana, 29 de junio de 2018).

Una forma de explicar la experiencia que narra Sabina es mediante el concepto de microagresiones, propuesto por Smith-Oka (2015), para referirse a insultos sutiles y comportamientos degradantes dirigidos hacia “otredades problemáticas” con el fin de reforzar e imponer la autopercepción de superioridad de quien las perpetra. Aunque Sabina confiesa que tomó conciencia sobre la discriminación de la que fue sujeta mucho tiempo después, señala que en ese momento se sintió insultada y muy ofendida. A este primer comentario discriminatorio, se sumó el hecho de que, además de un médico, varios pasantes le realizaran tactos uno tras otro, por lo que se sintió exhibida y esto a pesar de que ella tenía programada una cesárea:

Y ya, me fui al hospital, allí fue donde me atendía, como los últimos días de consulta me atendía el doctor allá en el Hospital General y fue ahí donde le digo, ahí sí me sentí pues peor que discriminada, humillada, porque así bien feo, le digo que me decía el doctor “ah, pues pásele, ¡pásele! Te vamos a hacer el tacto” (Entrevista, Sabina, grupo A, Tijuana, 29 de junio de 2018).

Por último, cuando llegó el momento de la intervención quirúrgica, el doctor se negó inicialmente a realizarla y cuando aceptó llevarla a cabo, lo hizo de una manera precipitada, sin siquiera esperar a que hiciera efecto la anestesia, lo cual provocó que Sabina se sintiera tratada *como un animal*, una fuerte metáfora que fue compartida por algunas otras de las informantes:

Pero en ese momento cuando ya me llevaban los camilleros, le dice “oye, ¿pero para que me la traes? Yo tengo una cita en el otro lado [Estados Unidos] a las 12:30 y mira qué horas son, son más de las 12:00, yo no puedo atenderla”. Le decían los camilleros “doctor, pero si la señora ya está preparada desde anoche para que, para operarla”, y decía “no, pues entonces échennmela ahí, pónganmela ahí en la camilla para operarla”, así como vamos a cortarle la panza, como *vamos a cortarle a los animales*, vamos a cortarle la panza en menos de lo que canta un gallo y vámonos. Y luego ahí estaban destapando las sodas, se escuchaba que estaban tomando sodas y bueno, “¡ay, no! Esta gente -decía yo-, ¡ay, no!”. Y luego te ponen una cosa aquí para que no le duela, no vea usted cuando le corten la panza, entonces yo digo que ni siquiera la anestesia me había hecho, porque sí sentí mucho dolor cuando me estaban cortando, cuando de los otros dos embarazos no sentí dolor. Así sentía yo como cuando corta uno la carne, así bien feo, en menos de 15 minutos me operaron para sacarme a la bebé y me operaron porque yo también ya no quería tener más hijos. Así como en menos de 15 minutos me operaron, así como que “ya terminamos, ¡ya! ¡Cósanle la panza y ya mándenla para allá así! Yo ya me voy, ¡porque tengo una cita al otro lado!” y agarró y se fue el doctor (Entrevista, Sabina, grupo A, Tijuana, 29 de junio de 2018).

Fidelia, cuya experiencia de violencia ya se ha ido describiendo en este capítulo, no llegó a recibir atención durante su parto en el hospital de ISESALUD, pero ella explica que su experiencia de discriminación comenzó desde los controles de embarazo en el centro de salud y le queda claro que su condición económica se intersecó con su origen étnico produciendo la opresión múltiple de la que fue sujeta:

Ester: ¿Su condición indígena cree que haya afectado en algo?

Fidelia: Pues yo creo que es más que nada por ser indígena y que somos de bajos recursos sienten ellos que “ay, esta señora cualquier cosa denle y que se vaya”, yo sentí eso, en ese tiempo sí como que sentí que había muchísima discriminación, que ellos se sentían superior a ti y que ellos eran los doctores y que tú nada más te tenías que quedar callada, obedecer, “¿sabe qué? Se va a tomar esto, se va a hacer esto y ahí nos vemos”, ay, como que, “rápido porque siguen los demás”, como que nada más trabajan por compromiso, porque realmente no creo que les guste esa profesión. Ahora que me doy cuenta, no les gusta su trabajo o nomás están ahí por la necesidad, si realmente estudiaron, no sé para qué, porque ahorita que hago conciencia, si ellos estudian es porque les gusta tratar con la gente, con gente de, gente vulnerable, gente de bajos recursos o gente de clase media, pero, antes yo sentía mucha discriminación, mucha. Cuando ibas a una revisión o ibas así, cuando querían te hacían bien tu hoja, te llenaban bien tu hoja y te mandan, “pues usted ya le toca allá, busque allá en el Hospital General, para que allá meta sus papeles, aquí con nosotros usted ya no tiene nada que ver” (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

Aunque esta clase de críticas recibidas por situaciones como no haberse realizado la tricotomía no es una experiencia exclusiva de las mujeres indígenas sino que fue

referida también por mujeres urbanas originarias de esta ciudad, y las asimetrías de poder que llevan a que las pacientes sientan que de ellas solo se exige silencio y obediencia también forman parte de la experiencia del resto de las mujeres, la constante discriminación que implica formar parte de un grupo que es visto como distinto e inferior, lleva a que tanto Sabina como Fidelia sean conscientes de las prácticas de exclusión de las que son sujetas mediante las acciones cotidianas de la otredad. Parece ser más claro aún para ellas que para muchas otras mujeres que en las situaciones relatadas el aseguramiento de su acceso a una salud reproductiva digna, con apego a los derechos de igualdad y no discriminación no fue respetado ni protegido.

La gordofobia es definida por Cuello (2016) como una compleja matriz de opresión ejercida mediante diversos aparatos de control biopolíticos cuyo objetivo es la eliminación de las corporalidades gordas, consideradas una enfermedad global que pone en riesgo la calidad de vida de la población. En su discurso, la gordura es vista como una amenaza inherentemente relacionada con el consumo excesivo de alimentos.

El control y normalización de los cuerpos que impone la gordofobia se da a través de la violencia física y emocional. Así la persona gorda que vive en un entorno lleno de gordofobia puede experimentar “exclusión social, estigmatización sexual, desvalorización afectiva, injusticia económica y laboral, cuadros de estrés y ansiedad social, fuertes depresiones a causa del aislamiento, el despojo y la vergüenza que produce la criminalización, la estigmatización y patologización en la opinión pública” (Cuello, 2016:38). Esta clase de discurso estigmatizante fue el que tuvieron que escuchar tanto Lucía como Lizeth, ambas también del grupo A, después de haber parido en el Hospital General:

Me subieron a piso, llegó una doctora y como yo estaba dando pecho, me dice “¡señora qué obesa está! ¿No le da vergüenza?” y yo “¿por qué me tiene que dar vergüenza?”, porque así me lo dijo “pues vea las chichotas que tiene, señora”. Y le dije “pues acabo de dar a luz” y me dice “pues a ver si se compone porque la verdad eso es una asquerosidad” (Entrevista, Lucía, grupo A, Tijuana, 13 de marzo de 2018).

Entonces me llevaron a un lugar en donde había otra camilla de traslado, donde hay unos rodillos para cambiar al paciente de una camilla a otra y entonces el camillero dijo “¡ay! estas que están tan gordas deberían de moverse solas” y yo escuché y me hice la que no escuché y me dijo “a ver, levántate, trata de pasarte, ¿puedes incorporarte?”. Entonces yo me pasé a la camilla, haciéndome así con los brazos, recién hecha la operación y sangré,

al pasarme yo empecé a sentir mojado, tenía la bata así sangre encima, me toqué así y no tenía ni siquiera gasa, tenía los puntos, así, yo no miré, pero yo me imaginé que estaba como un costal y yo te voy a decir que la sangre a veces me causa mareo, yo cuando tengo la menstruación y veo la sangre me causa como así, entonces me impactó, me impresionó mucho y me mareé, cuando ya me logré pasar a la camilla, a mi bebé lo acomodaron entre mis piernas, y me llevan, empujaron la camilla así al elevador y el camillero le dijo a una persona que yo no vi que las personas gordas las deberían de atender en un piso aparte para no estar haciendo esforzarse a los camilleros, no sé si era hombre o mujer porque no oí que le contestaran (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Cuello señala que la razón principal que suele esgrimirse contra la gordura es la salud, sin embargo, para él esta es una falsa preocupación y detrás de la estigmatización de las corporalidades gordas subyacen otras críticas a diversas formas de vida, costumbres y consumo de las clases más explotadas. Así, en el primer ejemplo es posible ver que aunque la médico que emite el discurso gordofóbico alude a un problema de obesidad, en realidad está refiriéndose a la apariencia física de Lucía, en particular al tamaño de sus pechos, lo cual califica de asqueroso y vergonzoso, es decir, en realidad está emitiendo un juicio de valor estético, mientras que la gordofobia expresada en contra de Lizeth resulta aún más compleja, pues la razón por la que esta se origina está vinculada con las condiciones de trabajo del personal de la institución. Aunque en este último caso el comentario gordofóbico no fue dirigido directamente hacia ella, el haberlo escuchado dejó una impronta en Lizeth, quien se sintió juzgada y lastimada al haber recibido un trato desigual:

Como mujer, también me sentí juzgada por mi peso, no estaba en el peso que estoy ahorita, yo pesaba mucho menos, había subido 16 kilos por el embarazo, después los volví a bajar, ahorita los subí por otras cuestiones, no tenía el peso que tengo yo ahorita, sin embargo, fui juzgada por mi peso por un hombre, o sea, eso me dolió como mujer, como persona me lastimó que se haya burlado de mí de esa manera por el peso, porque yo tendría que haber sido tratada del mismo modo que cualquier otra mujer de otro peso y tendría que ser atendida del mismo modo (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

El edadismo es un tipo de discriminación en el que la diferenciación y la exclusión se dan a partir de la edad. En nuestra sociedad moderna, la etapa conocida como juventud es la más valorada, mientras que los principales grupos discriminados por

su edad son los niños, los adolescentes y los viejos (Vivaldo, 2015). En el caso de la maternidad, la perspectiva médica hegemónica se ha tomado el papel de asignar, a partir de un punto de vista biológico, las edades socialmente aceptables para que las mujeres vivan esta experiencia, de tal manera que dos extremos suelen ser condenados: el embarazo adolescente y el embarazo “geriátrico”.

Desde este punto de vista, existe una edad óptima para la maternidad, que ronda entre los 20 y los 35 años, y lo que cae fuera de este rango suele ser etiquetado como riesgoso, aunque esto parece ser una posición que está modificándose pues cada vez más las mujeres retrasan la experiencia de la maternidad. Esto conlleva que términos como el de embarazo geriátrico o primípara añosa, que tienen un tono insultante, comiencen a estar en desuso. Entre los casos que se estudian en esta tesis no se encontraron embarazos adolescentes en los que las informantes reportaran haberse sentido discriminadas, de hecho en algunos de los relatos señalan haber recibido un trato particularmente atento por su corta edad.

Dos entrevistadas refirieron en sus relatos situaciones que pueden ser interpretadas como discriminación por edad. La primera de ellas fue Ágata, del grupo B, quien se embarazó por primera vez a los 20 años, y explica que las alusiones condenatorias a su sexualidad estuvieron basadas en la noción de que ella era demasiado joven para “abrir las piernas”:

Ester: ¿En algún momento te sentiste discriminada por alguna razón?

Ágata: Me sentí... sí. Tanto por el comentario que me hicieron de que “¡estaba muy chica, pero sí estaba buena para abrir las piernas!” me sentí como... dije “o sea, ¿tengo que cumplir con una edad para que la sociedad me vea bien?”, ¿sí me explico?, como que me quisieron juzgar como a las demás, ¡juzgar, juzgar! A pesar de mi corta edad, pues yo ya estaba casada, teníamos planeado eso y... No sentí así como que había hecho las cosas mal para que... Ni una persona que hace las cosas mal tienen derecho a juzgarla (Entrevista, Ágata, grupo B, Tijuana, 20 de julio de 2018).

Mientras que la razón de la discriminación hacia Ágata fue su juventud, a Brisa, también del grupo B, le ocurrió la situación opuesta, pues el que hubiera parido a su primer hija a los 28 años fue motivo de incredulidad y diversión por parte de las enfermeras que la atendían en un hospital de ISESALUD:

Me acuerdo cuando iban a revisarme las enfermeras de la primera niña, así como que “¿cuántos años tienes?” y yo “28” y “¿cómo?, ¿tan grande y es el primero?”, “¿cuántos

tienes?, ¿cuántos tienes más?, ¿qué número es?” y yo “el primero”. Me acuerdo que una enfermera fue y le habló a otra doctora, fueron como tres “adivinen cuántos años tiene”, les decía, y yo “no” y yo así como que... “20” le decían, “21” y yo “no, yo tengo 28”, “¡ay, no lo puedo creer!”, no que “¡felicidades!” me decían, y yo “ah, gracias, ‘ta bien” (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

Ella misma relata cómo algunos años antes, mientras recibía atención ginecológica en el Seguro Social, el médico le sugirió embarazarse con fines terapéuticos, dado que “ya estaba grandecita” para ello:

De hecho, antes de tener a los bebés, fue unos cuatro años antes, tuve un problema en los pechos, me dijeron que era mastitis porque tenía mucho dolor, mucho, mucho dolor, que era fibrosis quística y mastitis, y me acuerdo que el ginecólogo, ahí en la Clínica 7, casi siempre me he atendido en la Clínica 7, me dijo que, que su recomendación... que era un tratamiento muy largo, que eran hormonas. Me dijo “¿tienes novio?”, “sí”, “ay, porque al rato no quiero quejas de que por las hormonas te cambie la voz y te salga bigote” y yo, así como que “¿qué?”. Ya después me dijo “bueno, la única forma, si no quieres el tratamiento, la única forma, la otra opción es la natural, que tengas un hijo, de todos modos, ya estás muy grandecita -dijo- para que tengas un hijo” y yo, así como que “¿qué? ¿Usted me los va a mantener?” le digo. Y ya nada más la enfermera soltó la carcajada, dice “no, pues no, pero yo te digo, son las opciones que tienes” y yo “no, pues me aguanto el dolor” le digo y salí enojada (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

Si bien puede considerarse que situaciones como estas dos últimas son lo que Castro y Erviti (2003) catalogan como formas elementales de abuso y las consecuencias de estos comentarios no pasaron a mayores, resulta imposible ignorar el hecho de que son el reflejo de la falta de reconocimiento y de respeto al derecho del ejercicio de una autonomía reproductiva de las mujeres para decidir el momento en el que cada una de ellas desea procrear de acuerdo con sus propias metas personales y, por tanto, a su capacidad de constituirse como sujetos en condiciones de igualdad a cualquier otra persona.

Así mismo, cabe resaltar que al analizar los casos de discriminación reportados por las entrevistadas, resulta notable que estos solo se presentaron entre mujeres de los grupos A y B, mientras que aquellas del grupo C, es decir, quienes cuentan con mayores recursos económicos y educativos, no mencionaron haber sido sujetas de discriminación por parte del personal que las atendió durante su embarazo, parto y posparto. Esto nos habla por un lado de una posible relación entre discriminación y clase, pero también de

que al parecer en cierto tipo de instituciones, en este caso las públicas, existe una mayor tendencia a la discriminación, es decir, a pesar de que las habilidades de los médicos y del personal de salud que atienden en clínicas públicas y privadas puedan ser los mismos, la diferencia entre ser una usuaria de los servicios de salud y ser una clienta pueden ser lo que hace la diferencia en el trato.

De estas distinciones en la atención es de lo que hablo cuando me refiero a que la violencia estructural se ve reflejada tanto en lo económico, puesto que por un lado, en algunos casos se presenta el problema de la falta de atención obstétrica oportuna, mientras que por el otro, una vez que las mujeres acceden a determinado tipo de atención, esta se da de manera inequitativa y desigual, pues algunas pacientes parecen ser más merecedoras de respeto que otras.

4.2. La violencia de género desplegada a través del poder obstétrico

4.2.1. El cuerpo reproductor frente al poder obstétrico

El parto resulta un momento decisivo en el continuo de violencia obstétrica, pues al ingresar las mujeres al hospital, sus cuerpos se convierten en un campo de batalla: el cuerpo parturiento es potencialmente docilizable, en el caso de quienes van a parir por primera vez; puede haber sido docilizado en sus experiencias previas de alumbramiento; o puede llegar ya parcialmente dócil debido a la socialización que ha experimentado a partir de su conversación con otras significantes, que le han compartido sus propias vivencias obstétricas. Contrariamente, el cuerpo puede ser un cuerpo en resistencia, tanto si es la primera vez que se vive una experiencia de gestación, como si ya se ha tenido que encarar una situación de violencia obstétrica anteriormente, o comenzar a tomar una actitud contestataria a pesar de haber sido dócil con anterioridad.

Las razones por las que las mujeres se deciden por una u otra forma de acción varían de acuerdo tanto con las opresiones que experimentan, como con los recursos con los que cada una cuenta, cada pequeño movimiento por parte de ellas resulta importante

en la lucha que se gesta con su entrada a una institución que, mediante la práctica obstétrica y los imperativos que la componen, busca disciplinar los cuerpos gestantes y suprimir sus subjetividades e individualidades, convirtiéndolos en objetos de trabajo que no compliquen su labor ni irrumpen las rutinas del personal de salud.

Si bien, las tensiones saber/poder pueden presentarse desde que inicia la atención del embarazo, en las citas que se dan mes a mes para llevar el control de este proceso, una parte de las entrevistadas menciona haber vivido esta etapa sin mayores contratiempos, sin malos tratos e inclusive siendo atendidas con calidez por parte del personal de las clínicas a las que acudían. Es por ello por lo que el momento en que inicia el trabajo de parto y la mujer se dirige al hospital, en particular de tipo público, la situación a la que se enfrenta puede experimentarse como un “cubetazo de agua helada”: la mujer se encuentra con una enorme fila de parturientas que esperan antes que ella, algunas “revolcándose” de dolor, otras en medio de gritos, muchas aparentemente con urgencias mucho más importantes que la suya.

A fuerza de vueltas y vueltas en las que se le niega la atención, aduciendo que “aún no está lista” porque tiene pocos centímetros de dilatación y se le ordena ir a caminar o regresar a su casa, comprenderá que tiene dos opciones: la primera teatralizar, expresar el dolor que siente aunque este no se manifieste naturalmente y con ello conseguir su pase de entrada al área de tococirugía, donde deberá cumplir con la lógica que se espera de ella al haberse convertido en una paciente o, en caso de que la mujer no esté dispuesta a jugar esta carta o inclusive al haberla jugado no obtenga los resultados deseados, no le queda otra salida que marcharse en la búsqueda de otra institución en la que los saberes sobre su cuerpo, que le dicen que está pronta a parir, no sean ignorados.

Quien logra acceder a su derecho a la salud e ingresa a la sala de labor, es bienvenida con la advertencia de que su cuerpo debe esperar a que se le indique antes de actuar, pero cuando se le indica debe hacerlo de forma inmediata, y cuando un procedimiento tiene consecuencias negativas -como un tacto doloroso-, la culpable es ella y no el personal que lo está llevando a cabo, pues además de no estar cooperando, la paciente “obstaculiza” el correcto desarrollo de su trabajo.

Lizeth, del grupo A, una mujer profesional que decidió parir en el Hospital General tras no haber encontrado un servicio particular que satisficiera sus requerimientos y haberse enterado de que este nosocomio público estaba afiliado a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)³⁶, únicamente acudía a una consulta agendada para su semana 38 de embarazo, sin embargo, esta visita se convirtió en una experiencia llena de desconcierto, miedo y ansiedad, cuando le encontraron la presión alta y ante el riesgo de que hubiera desarrollado preeclampsia³⁷, se le indicó quedarse hasta el final de la consulta para que la revisaran de nuevo, para lo cual debió de esperar alrededor de cuatro horas, después de las cuales se decidió ingresarla:

Cuando me llamaron me tomaron la presión, entonces me dijo una enfermera, quítate todo de la cintura para abajo, y yo como “¿qué?”, lleno de hombres, mujeres, otras mamás, futuras mamás, entonces me quité la ropa, me dieron una batita de papel, me dijeron “recuéstese y abra las piernas”, yo me recosté, abrí las piernas y ¡pum!, un tacto sin haberme dicho, sin haberme preguntado, yo hice la cadera para arriba y me hice para atrás como por impulso y me dijo “no se mueva, me está haciendo el trabajo más difícil” y yo ¿pero qué está pasando?, “la tengo que revisar, ¿no le dijeron que la iba a revisar? ¿no sabe a qué viene?”, con una actitud súper, súper grosera, “¿no sabe a qué viene?”, “pues me dijeron que me van a valorar”, “pues es lo que está pasando”. Entonces sacó la mano, o sea ¡un dolor!, y yo le dije: “¿qué? ¿es para checar la dilatación?”, “sí”, “¿y cuánto tengo?”, “uh, tres, tiene tres”, le dijo a alguien que estaba apuntando. Entonces dije “algo no está bien”, tenía los latidos del corazón “tum, tum, tum”, estaban sudándose las manos, sentí el golpe de adrenalina en el estómago, cuando ya me senté, me di cuenta que la persona que me había hecho el tacto era muy joven, supongo era pasante, a quien le daba la información era una ginecóloga, ella sí traía la bata con el nombre y todo y entonces dijo la ginecóloga “sí, se queda”. Y yo “no, no me quiero quedar, ¿de verdad tengo tres? para tres de dilatación no he sentido absolutamente nada - dije- ¿de verdad me tengo que quedar?” Y me dijo “es tu responsabilidad, si tú te quieres ir, vete, pero aquí te voy a tener a las dos horas porque vas a venir convulsionando o sangrando o vas a venir con muerte fetal porque si tú te vas lo que va a pasar es que tu presión, por culpa de tu obesidad, va a matar a tu bebé, le va a empezar a dejar de fluir el

36 Esta iniciativa fue desarrollada entre 1991 y 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), con el propósito de que las maternidades y hospitales de todo el mundo faciliten y promuevan la lactancia materna, mediante diez pasos, entre los que se incluyen el informar a las mujeres acerca de los beneficios de esta práctica, ayudarlas a iniciarla media hora después del parto y practicar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día (Unicef/OMS, 2009).

37 Se trata de un “trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo, afectando del 2 al 7% de los embarazos en nulíparas sanas” (Villanueva y Collado, 2007, p.57). Algunos de los factores de riesgo para que esta se desarrolle son la primigestación, edades maternas extremas, hipertensión crónica, diabetes mellitus pregestacional u obesidad, mientras que algunas de las complicaciones graves que puede desencadenar son falla respiratoria, insuficiencia hepática o renal; hematomas, desprendimiento de retina, crisis convulsivas eclámpicas y falla orgánica múltiple, entre otras. En nuestro país, representa el 30% de los casos y es la principal causa de muerte materna.

oxígeno por que la presión alta lo que hace es que...” Ahí yo dejé de escuchar y dije “no puede ser, me quiero ir”, y ya nada más en mi cabeza yo escuchaba mi propia voz “me quiero ir”. No me dejaban de sudar las manos, entonces le dije que si había alguna opción, me dijo, “no, ya te vas a quedar, te vamos a inducir el parto para ver si puede tu bebé nacer y si no, hacer todo lo posible para hacer que este bien, o ¿quieres que tu bebé se muera?”. Entonces se me hizo un nudo en la garganta y ni siquiera podía contestarle. Entonces le dije “está bien”, porque no quería que nada le pasara a mi bebé. Entonces le dije “tengo que avisarle a mi esposo, tengo que decirle que me voy a quedar”, “sí, de hecho yo te iba a preguntar si venias con alguien”. Entonces me dio una bata de las azules, me dijo “quítate toda la ropa en ese baño y tienes cinco minutos para ir a entregarla y vuelves para que me firmes los papeles”, llegó otra persona y le puso un folder en su escritorio, y entonces yo volteé, pero me jaló la mirada con el ademán y me dijo “¡a lo que te dije!”. Yo fui, me cambié, pensando, con el nudo en la garganta, yo quería llorar, tenía miedo, pánico, el diagnóstico que me estaban dando, no sé...fue demasiado (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

La experiencia de Lizeth en general es narrada como un evento intenso y lleno de detalles; consideramos que esto se debe en parte a que ella no pertenece al estrato socioeconómico promedio que se atiende en esta institución y su formación profesional le permitió identificar con mayor facilidad los atropellos de los que estaba siendo sujeta, sin embargo, el miedo que se le infundió cuando le mencionó que su obesidad podía matar a su bebé la paralizó y evitó que ella pudiera defender sus ideas y confiar en lo que su cuerpo le decía.

La representación por parte del personal médico de su cuerpo como deficiente, imprevisible e inestable llevó a que ella se resignara y se comportara como se esperaba, y a que las tecnologías disciplinarias ejercidas por el poder obstétrico consiguieran su objetivo, es decir, convertir su cuerpo en un cuerpo dócil. En esta situación están presentes simultáneamente diversos mecanismos sobre los que se montan violaciones de derechos humanos como la descalificación de los conocimientos y opiniones de la parturienta y el empleo de amenazas como forma de reforzar el aprendizaje de la sumisión y la obediencia, con el fin de facilitar el ejercicio de una medicina de tipo defensiva en lugar de una medicina asertiva.

Hasta el momento de la entrevista, Lizeth creía que el diagnóstico de preeclampsia fue un error que surgió de una incorrecta toma de su presión, sin embargo, aunque ella señala haberse informado al respecto del tema, lo que le daba cierta certeza,

no se atrevió a tomar ninguna acción inmediata por no poner en riesgo la vida de su hijo, y posteriormente ya no se pudo hacer nada debido a que se había comenzado con la inducción artificial del parto. Aquí el problema consiste en la forma en que el personal de salud consiguió que ella permaneciera en el hospital a través de amenazas en lugar de brindarle información amablemente y obtener un verdadero consentimiento informado que la dejara satisfecha como usuaria.

Quienes son atendidas en establecimientos del sistema de salud público además se confrontan con las carencias características de estos y los consecuentes regañones ante cualquier tipo de desperdicio que la indisciplina de su cuerpo pueda provocar. Esta fue la primera impresión de Abigail, del grupo B, al llegar al área de urgencias obstétricas de una clínica del IMSS para dar a luz a su primera hija:

Y ya, te digo que ya llegué, y todo el show, y ya me dicen “ah, ok -dice-, ¿ya había venido aquí?”, y yo “pues sí, aquí he tenido mis citas”, y ella “no, aquí, aquí, aquí”, se refería que si ya había ido a urgencias, y yo “no, es la primera vez que vengo”, “ah, ok, muy bien -dice-, espere”, y yo “es que ya no puedo”, no podía, lo de la fuente era algo que yo no podía detener, “ah, sí -dice, pásese aquí, allá hay un estante, agarre una bata y cámbiese y allá está el baño” y yo... Era como que una enfermera, no sé, adentro todavía había como una recepción. Y ya, pues ya me metí y “váyase y siéntese allá. ¡Ah! Y dele las cosas a sus familiares”. Salí, se las di y ya me metí y... te digo que de la fuente, nomás me agarré con mis manos así la bata y era como que me estaba haciendo pipí, me estaba haciendo pipí y todo el chorro y yo “¡uta, mano! Ahorita me van a regañar porque mojé todo” y me dice “¡ay, espérese!” y me decía otra de las que estaban esperando, dice “ay, muchacha, ya te mojaste toda, te va a hacer daño”, porque te quitan todo, “te va a hacer daño -dice-, díles que te den chance de cambiarte otra vez la bata”, dije “no, ahorita”. Y ya cuando ya me tocó que me dieran los datos, y le digo “oye, ¿me puedo cambiar la bata?”, dice “sí, agarra otra y ya, porque ahorita te van a pasar a revisar”, y ya, creo que sí me la cambié. Y ya, cuando ya pasé a que ya me revisaran, que me hicieran el tacto ahí empezó mi... [risa nerviosa y comienza a quebrarse la voz] es lo que más me duele, pasé y... y creo que me lo iba a hacer una doctora y como que no sé qué se hizo que estaba checando algo y vino un doctor, y dice el doctor, ay, pues que me subiera a la camilla y ya me dijo “abra las piernas”, y ya las abrí. Y me revisó, ¡ay, no! Es algo que... Yo no sé si a las demás no les duele o no sé, y pegué el brinco. Y dice “¡yo no la estoy lastimando! ¡Yo no le estoy haciendo nada!”, y yo... “No -dice-, ella no trae nada de dilatación”, y ya. Y dice “¡yo no te estoy haciendo nada! ¡Tú sola, tú sola!” y yo así como que “ay”. Y ya no, ya dije “ay, bueno, pues ya. Hay que esperar”. Y ya me dijo que me saliera y... ¡Ay! Ya no me acuerdo muy bien ahí qué pasó. Y ya, me dijeron “no, pues se va a quedar ella”, porque no sé ya cuántas horas habían pasado, no sé si una o dos horas, no, como ya tenía rota la fuente, pues ya me tenía que quedar ahí, ¿no? Y ya me dijeron “siéntese ahí porque ahorita va a pasar allá al de las del parto” y ya me quedé ahí... es que no recuerdo si ahí fue donde me cambié otra vez... Sí, creo que ya me había mojado otra vez la bata y le dije “me dijeron que me esperara aquí -le digo-, pero ¿me puedo cambiar otra vez la bata porque ya se me mojó?”, “ah, sí! -me dijo el doctor-, vaya

y agárrela”. Y me cambié, y luego regresó la asistente y dice “¿qué hace aquí? ¡Le dije que ya pasara!”, le digo “no, me dijo que me esperara y que luego volviera a pasar”, y dice “y ¿por qué se volvió a cambiar?”, y yo “es que le dije al doctor”, “¡no, es que el doctor no tiene que ver nada, a mí me tiene que decir porque yo llevo un control de las batas!” (Entrevista, Abigail, grupo B, Tijuana, 19 de febrero de 2018).

En el caso de Abigail, se identifica cómo durante el momento del tacto se le desacredita como sujeto que sufre y se le transfiere la responsabilidad del dolor que está sintiendo debido a esta maniobra. Así mismo, en las dos anteriores narraciones se advierte una forma sutil de sometimiento del cuerpo: el despojo de la vestimenta y las pertenencias personales y la homogeneización mediante el uso de batas, con lo que se desposee a las parturientas de una forma de expresión de sus identidades particulares. Para Covarrubias, Salas y Meléndez (2011), internarse en un hospital en condición de paciente es semejante a ingresar a una penitenciaría en calidad de delincuente, pues en ambos casos se trata de instituciones “frías, grandes, imponentes, impenetrables, enrejadas”, que se caracterizan por una fuerte vigilancia y burocracia (p. 93).

La demanda de un cuerpo dominado, que no sigue sus instintos naturales, permea distintas facetas de la práctica obstétrica, atravesando clases sociales y tipos de atención; así, la orden de “esperar”, “detenerse”, “no pujar”, no ocurre únicamente en las instituciones públicas, es decir, aunque puede vincularse con la sobrepoblación que existe en estos espacios y la dificultad para que los tiempos institucionales y los tiempos subjetivos de las mujeres se ajusten, va más allá, puesto que se repite en las instituciones privadas, lo que nos habla más de una necesidad de controlar, por parte de los médicos, cada momento del proceso y tiene que ver tanto con el *habitus* autoritario que los caracteriza, según Castro (2014), como con el afán de cumplir con las rutinas que les permiten sentirse seguros en el ejercicio de su profesión y mantener lo que ellos consideran el orden social adecuado.

Este fue el caso de Tula, del grupo C, quien no deseaba que se le administrara anestesia durante el alumbramiento de su primer hijo en una clínica particular, sin embargo, su ginecóloga consideró que su saber era superior al de ella, por lo que podía asegurar que más tarde iba a quererla y al ignorar el derecho de decidir de manera libre y

consciente de Tula sobre su cuerpo y de participar activamente en el parto, propició que se le terminara realizando una maniobra de Kristeller:

Y “espérate, espérate, ¡deja de pujar!”, llega el anestesiólogo, con mucho trabajo me pone la anestesia, de hecho, me dijo aquel esposo, que me había picado como cinco veces. Y entonces dejo de pujar por la anestesia, obviamente, y yo ya tenía mis 10 centímetros de dilatación, el niño ya estaba con su cabecita, ahí se veía. ¡Y dejo de pujar y claro que “¡puja! ¡Puja!” pues ¿cuál puja? Si yo ya no sentía. Y el doctor se me subió encima, el anestesiólogo se me subió y empujó al bebé, eso fue lo que más me dolió, no me dolió tanto ni las contracciones ni nada. Se subió y me empujo, yo sentí muy feo, muy fuerte (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Aquí podemos ver que mientras para Abigail, el no contener su cuerpo, el no volverlo dócil, al mojar las batas una y otra vez, tuvo como consecuencia un regaño por parte de la asistente médica, es decir, el experimentar violencia psicológica, para Tula el fracaso de su resistencia y la apropiación de su poder de decisión por parte de su médico significó una experiencia de violencia física en la que se le realizó una maniobra injustificada que, en su caso no dejó secuelas, pero puede llegar a producir complicaciones mayores e impactos negativos en quienes las sufren.

Este es solo el inicio de un continuo de despliegues de poder obstétrico por parte de los distintos actores del campo médico, de una contienda en la que mientras que algunos maltratan, humillan y violentan, otros ayudan, defienden y se convierten en aliados, y otros más observan indiferentes y cómplices los gritos, los regaños, la discriminación, el abandono, la medicalización excesiva, los procedimientos mal hechos, las condiciones emocionales de las mujeres y la vulnerabilidad que estas experimentan, lo cual puede llegar a doblegar sus cuerpos y mantenerlas en la inacción o, al contrario, llevarlas a rebelarse y buscar resistir ante la opresión de la que son presas.

Este despliegue funciona como una especie de rito de pasaje, en el que el cuerpo de las mujeres transita de sujeto a objeto de trabajo. Esta muda se da, según García (2009) como una negociación y no como producto de un control unilateral, sin embargo, en los casos analizados la desigualdad entre los distintos agentes que participan en cada una de estas interacciones se hace presente y resulta en el hecho de que las mujeres actúen guiadas, más que nada, por la coerción y el miedo y permitan que el poder obstétrico se apropie del dominio sobre sus cuerpos.

4.2.2. La violencia psicológica como afirmación de los mandatos de género

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género, aunque el género es solo una de los factores que intervienen en su producción, puesto que este se trata de un problema multicausado, sin embargo, existe una esfera en la que el papel que cumple este factor resulta más claro: la psicológica, puesto que los malos tratos verbales, las groserías, los gritos y las humillaciones que las gestantes deben soportar tienen su origen en la condena de las mujeres por el simple hecho de ser mujeres y ejercer su feminidad, dentro de la que resaltan su sexualidad y su maternidad.

De esta manera, frases denigrantes que tradicionalmente se han escuchado en las salas de parto desde hace años y que se esperaba que, dada la difusión que actualmente se hace de la problemática de la violencia obstétrica, no se siguieran repitiendo, son aún constantes en la vida de quienes se ven en la necesidad de parir en las instituciones de salud pública mexicanas. Para Castro y Erviti (2003), las expresiones alusivas a la sexualidad son mecanismos sobre los que se montan reprimendas a las mujeres o también se trata de formas de represión disfrazadas en forma de chistes.

Entre las mujeres entrevistadas se encontraron algunos casos de quienes fueron sujetas de este tipo de malos tratos o en los que fueron testigos de ellos. La primera situación la vivieron tanto Lucía del grupo A y Jimena y Ágata del grupo B, mientras que a Nancy, también del grupo B, le tocó cumplir con el papel de espectadora:

Cuando me estaban cosiendo, le dije al doctor “oiga, me lastimó” y la asistente me dijo “¿y cuando lo estabas teniendo nadie te lastimó?” y yo “esas no son respuestas” y me dice “pero tampoco tienes tú por qué responder así”, y le dije “no, es que usted es la que me está prácticamente ofendiendo al decirme, al hacerme ese tipo de comentarios, mejor resérveselos, ¿no?”, el doctor me dice “ya, no pasa nada, llévenla a revisión” (Entrevista, Lucía, grupo A, Tijuana, 13 de marzo de 2018).

Bueno, total que ya me fui a dormir y empecé con los dolores, entonces pues desperté y di un grito, con, de repente, el dolor súper intenso. Y ya sale una enfermera y me dice “shhh” y le digo “ay, es que me duele mucho” y dice “ay, pues así es, así es, mamacita”, yo “pero es que me duele mucho, me está doliendo mucho, ya no aguanto” y me dice “ay, ya, ya, ya, ni vayas a empezar a gritar, eh” y yo “¡ay!” y me empezaba a doler otra vez y luego me dijo “ya te dije que no vayas a empezar a gritar” y yo “pero es que me está doliendo mucho”, “*pues así fuiste para abrir las piernas, ahora no te estés quejando*” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Sí había comentarios de algunas enfermeras así, las mayores, ¿no? Así como que “ay, ¿para eso te embarazas?”, cuando yo no escuchaba a mi bebé que estaba latiendo o que estaba toda paranoica, que ya tenía muchas semanas, que decía “ay, no se mueve”, o esto, o lo otro, porque era muy inquieto y me decían “ah, ¿para eso se embarazó?, ¡ah! ¡Qué buena era para abrir...!”, ese era un comentario “*¡pero para abrir las piernas sí fue buena!*” (Entrevista, Ágata, grupo B, Tijuana, 20 de julio de 2018).

Me tocó ver en el caso de la muchacha de enfrente, se acercó la enfermera y le dijo “deje de estar gritando que, si no, no la vamos a pasar” y gritaba y gritaba “¡es que usted no tiene hijos!”, “sí, por eso no tengo -le dice-, pero ustedes paren y al año ya las tenemos aquí, entonces no les ha de doler tanto” y la muchacha más gritaba y gritaba y gritaba, hasta que le dijo “*¿cómo cuando lo hizo seguro no estaba así?*” y ya fue cuando dije “¡ay! así me van a tratar a mí” (Entrevista, Nancy, grupo B, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Estas frases sexistas, que descalifican el dolor de las parturientas al considerarlo un castigo merecido por el placer experimentado durante el acto sexual son sumamente comunes en la práctica obstétrica y, además de manifestar la forma en que se piensa, mira y concibe a las mujeres en una sociedad regida por una episteme patriarcal, cumplen la función, como se puede ver en el relato de Nancy, de poner como ejemplo a las “malas” madres, a las que no se sacrifican y sufren en silencio, “como debe ser”, quienes no se desempeñan como cuerpos-para-otros, reproductores, materno-sensibles y atentos a las necesidades y deseos de los demás (Maier, 1999) y, con ello, enviar el mensaje a las otras presentes de que el no ser dóciles implica la posibilidad de ser maltratadas.

Según Rico (1996), la violencia de género es un reflejo de las asimetrías en las relaciones de poder entre varones y mujeres y una perpetuación de la subordinación y desvalorización de lo femenino ante lo masculino, de ahí es que posiblemente surja la completa falta de empatía con la que pueden llegar a ser tratadas las mujeres que se encuentran en trabajo de parto, un ejemplo de ello es el testimonio de Nancy, transcrito arriba, donde la joven que esta observa grita de dolor y busca hacerle ver a la enfermera que ella no comprende su dolor porque no tiene hijos, a lo que ella le responde “sí, por eso no tengo, pero ustedes paren y al año ya las tenemos aquí”, marcando una clara línea en la que ella se separa de la otredad, esas “otras”, las mujeres que se dejan llevar por su sexualidad y se presentan año tras año en el hospital a parir, las cuales merecen que se controle su insubordinación sexual mediante la violencia.

De esta manera, aunque su corporalidad o sus trayectorias de vida no les hayan permitido experimentar los procesos de embarazo, parto y puerperio en carne propia, algunos profesionales de la salud sienten la necesidad apremiante de expresar sus opiniones respecto a las sensaciones, los procesos o la actuación de las parturientas, algunas veces descalificándolas y anulándolas en lugar de buscar comprenderlas y con ello enriquecer sus conocimientos y su práctica profesional. Esto está estrechamente ligado con la percepción de los saberes de las pacientes sobre su propio cuerpo y sus procesos reproductivos como inferiores, lo que los convierte en saberes subyugados frente a los conocimientos del personal médico, que son vistos como puros, objetivos, universales y homogéneos, aunque en realidad pueden presentarse estereotipos y prejuicios que califican a las mujeres como débiles, exageradas y escandalosas.

Así ocurrió con Jimena, del grupo B, quien experimentó uno de los casos más intensos de violencia obstétrica, el cual comenzó desde sus controles de embarazo e incluyó regaños, acoso por parte del personal, que insistía en hacerla confesar que consumía drogas; privación del acceso a alimentos, prohibición de la movilidad, jaloneos, una administración errónea de la anestesia y una episiotomía mal suturada que provocó una hemorragia y dolor físico durante aproximadamente dos años. La siguiente escena se presentó durante el trabajo de parto, después de que Jimena se decidió a ir a hablar con la trabajadora social sobre las múltiples situaciones de violencia física y psicológica que había estado sufriendo por parte del personal médico y de enfermería, y el jefe de área le prometió dirigirse a su equipo para que le dieran un mejor trato:

Regresé y ya la médico que estaba de turno me dijo “¿quieres que te ponga la anestesia?” y le dije “sí, por favor, me siento muy mal y no quiero sentir esto” y ya, ok, ya me pasaron con la anesthesióloga, y la anesthesióloga me dice “ay, ¿cuánto tienes de dilatación?”, “pues creo que la doctora me dijo que como cuatro”, “¿cuatro apenas?” y yo “sí”, “mmm, hija, esto se los ponemos hasta que tienen como diez”, “mmm -le digo-, pues sí, pero me siento mal”, dice “uy, ni aguantas nada” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Julia, del grupo A, es una ama de casa de 31 años, con educación secundaria y que cuenta con pocos recursos económicos. Dado que al embarazarse por primera vez, hace 12 años, tuvo que dejar su empleo en una maquiladora, debido a una amenaza de aborto,

perdió su Seguro Social y su opción fue tramitar el Seguro Popular. Cuando comenzó a sentir dolores, se presentó en el hospital de ISESALUD, donde la regresaron a su casa cinco o seis veces en el transcurso de cuatro días, por falta de dilatación. Durante este periodo se le volvió imposible dormir e ingerir alimentos, comenzó a deshidratarse y vomitar constantemente. La última ocasión en la que asistió al hospital, se desmayó al llegar y despertó cuando ya estaba dentro del área de labor siendo desnudada. Cuando la pasaron a la plancha, después de haberle roto las membranas y realizado múltiples tactos vaginales, ella ya no tenía fuerzas, sin embargo, esto no logró provocar ninguna empatía en el médico que la atendía, quien a pesar de todo lo que había tenido que pasar Julia, la tachó de exagerada en su conversación con un colega:

Me dijo que me iba a pasar a la plancha y si no pujaba bien me iba a regresar, y escuché cuando le dijo al compañero “¡pues a ver si puja la pinche vieja!”, o sea, esas son cosas, digo yo, que pues no... yo digo que si no están pasando por el dolor, no saben realmente lo que se siente, no tendría que haberle dicho eso, porque pues él no estaba en mis zapatos, porque sí le dijo “es que ya sabes, cómo son de exageradas”. Entonces digo yo, lo que pasa es que no han pasado por eso, porque realmente si pasaran, no harían eso (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Sandra, también del grupo A, había dado a luz a sus primeros tres hijos también en un hospital de ISESALUD donde, a pesar de haber recibido algunos malos tratos de las enfermeras, resaltó que los doctores siempre la habían tratado bien. Su cuarto embarazo, que había comenzado apenas unos meses antes de la entrevista, no se desarrolló correctamente y fue necesario que se realizara un legrado. Ella ya había tenido que pasar por una experiencia similar algunos años antes y la había vivido sin ningún incidente, sin embargo, en esta ocasión señala que el legrado le fue realizado sin aplicarle ningún tipo de anestesia. Cuando preguntó en qué momento se la iban a poner, le respondieron “ahorita”, pero la ginecóloga continuó con el procedimiento mientras dos enfermeras la agarraban y ella lloraba y gritaba. Además de la fuerte experiencia de violencia física que vivió mientras que la médico raspaba el interior de su vagina diciéndole que así era como se hacía el procedimiento, enseguida fue calificada como escandalosa y gritona:

Créeme que es algo horrible, se me hizo algo animal, algo salvaje. Ya me dijo “ya casi terminamos” y ya, termina, y ya, otra vez te sueltan y “pásate a la camilla”, te pasas ahí

toda adolorida y ya me cambié, y las enfermeras bien sangronas, porque me dijo una que “qué escandalosa”, que cómo gritaba. “Oye -le dije-, esto es algo horrible, créeme que no se lo deseo a ninguna mujer. A lo mejor como tú no has pasado por algo así, no sabes lo que estoy sintiendo, lo que sentí”. Y fue algo horrible. Todavía me subieron y esperé afuera, en lo que me subieron ahí a puerperio y sin medicamento para el dolor (Entrevista, Sandra, grupo A, Tijuana, 31 de marzo de 2018).

En los tres casos anteriores vemos de nuevo la desacreditación del sufrimiento de las parturientas, mientras que en el segundo además se emplearon amenazas. Las asimetrías y la desigualdad entre el personal de salud y las pacientes, y el autoritarismo que de estos se desprenden por parte de los primeros de estos actores, se agudiza hacia las madres primerizas, un término que algunas mujeres consideran que es utilizado de forma despectiva como sinónimo de falta de experiencia o de conocimiento, así como con las mujeres que debieron ser sometidas a una cesárea, a las cuales se les invalidan los conocimientos sobre su cuerpo por el hecho de no haber podido parir, aunque hayan vivido nueve meses de gestación y todo un proceso de trabajo de parto.

Tanto Castro y Erviti (2003) como Sadler (2004), describen diversos mecanismos que contribuyen a que sean posibles las violaciones de derechos y estos autores coinciden en que una parte importante en la articulación de estos dispositivos es la naturalización e internalización de los atropellos que sufren y de las normas que las subordinan, sin embargo, en estos casos podemos ver claramente que no es lo que ocurre con algunas de las informantes, pues estas fueron conscientes de que sus derechos no estaban siendo respetados e incluso tres de ellas -Lucía y Sandra, del grupo A, y Jimena, del grupo B- verbalizaron sus necesidades o su molestia en el mismo momento en que estaban siendo sujetas de violencia.

Lo anterior puede estar relacionado con la reivindicación cada vez más clara que buena parte de la ciudadanía hace de nuestro derecho a un pleno goce de la sexualidad y con los movimientos que buscan que el cuerpo femenino deje de ser visto como débil o defectuoso y este sea aceptado y visto positivamente, así como con aquellos que, bajo el slogan de “mi cuerpo, mi decisión” tienen como objetivo que deje de ser un campo de batalla donde las instituciones tienen injerencia y los sujetos sean capaces de ejercer su autonomía. Esto reafirma la necesidad de estudiar la agencia de las mujeres y no

conceptualizarlas inmediatamente como víctimas por el hecho de que la relación médico-paciente se distinga por la desigualdad.

Cabe mencionar que desde mi punto de vista, el concepto de víctima no es necesaria e inherentemente negativo, creo que de alguna forma debe llamarse a las personas que han sido sujetas de violencia, independientemente de si ellas intentaron afrontarla de manera activa o pasiva. En este mismo sentido, considero que el haber sido dócil en determinado momento, no vuelve a las sujetas carentes de agencia en toda su experiencia. La capacidad de ejercer nuestra agencia es lo que nos empodera, pero esto no siempre evita que seamos violentados. Es decir, ser un agente y ser víctima no son polos opuestos e irreconciliables, no se trata de una dicotomía en blanco y negro, sino de parte de un proceso. Además, la violencia de género tiene muchos recursos de expresión y no es un enemigo que pueda ser combatido a voluntad por una sola persona, sino que solo puede desaparecer a través de acciones conjuntas y constantes de grupos colectivos y organizados que han tomado plena conciencia de la problemática que vivimos. Sin embargo, para llegar a ese momento en el que podamos llegar a actuar de esta manera, primero es necesario preguntarnos: ¿qué es lo que se requiere para que lo que entendemos como capacidad de agencia tome forma y fuerza, y consiga desplegarse en circunstancias como la que estamos viviendo actualmente?

4.3. La cultura médica y las relaciones de saber/poder

4.3.1. Saber, poder e inducción del miedo

Dada la cultura en que nos encontramos inmersos, es posible señalar que las relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres gestantes son inherentemente asimétricas. Con esto no se busca afirmar que esta situación no puede modificarse, sino que para ello, son necesarias transformaciones culturales importantes. Por un lado, está el hecho de que hasta la actualidad nuestra sociedad no ha conseguido desechar por completo la idea de que lo masculino es superior a lo femenino y, aunque la medicina se ha feminizado numéricamente, es importante resaltar que esto no implica que su praxis se haya

feminizado. Por otra parte, la incorporación del parto como una práctica regida por el discurso médico occidental y la hegemonía que este posee sobre otros saberes, han hecho que el nacimiento solo sea considerado seguro cuando tiene lugar en un hospital. Con este reordenamiento, que ha llevado a los partos a los lugares destinados a los enfermos, “el acto de parir se patologizó” (Covarrubias, Salas y Meléndez, 2011).

Mientras que el médico es valorado como el detentador del saber/poder en la relación con sus pacientes, el papel de las mujeres es relativizado y calificado como un rol secundario en el que ellas deben simplemente cooperar o ayudar a los profesionales de la salud, quienes son vistos como los protagonistas en el acto de traer una nueva vida al mundo. Así mismo, aunque hablar de sujetas gestantes no significa necesariamente referirse a mujeres enfermas, en el caso de la ginecología “la asimetría se agudiza aún más por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que pare” (Castro y Erviti, 2003).

Las luchas de poder que surgen por el confrontamiento entre los saberes médicos y los saberes propios de las mujeres no tardan en aparecer apenas inicia el proceso de embarazo y las gestantes comienzan a asistir a las consultas en las instituciones de salud. Las interacciones que se presentan entre las mujeres gestantes y el personal de salud pueden ser descritas en determinados casos como disputas, mientras que en otros el conflicto no llega a darse o permanece subyacente, ya sea porque las mujeres están de acuerdo con el trato recibido o, aunque cuestionan el discurso médico, no llegan a realizar una acción de confrontación.

Un aspecto específico en el que se manifiesta el poder médico y la importancia que se le atribuye a su discurso es la forma en que sus afirmaciones alcanzan un grado de verdad al ser emitidas y en muchas ocasiones estas inducen al miedo. Un ejemplo de ello es el caso de Miranda, del grupo C, quien sospecha que la cesárea mediante la que trajo al mundo a su hijo era innecesaria: “eso es lo que te inutiliza, porque les tienes que creer. Le tengo que creer si me dice que no, si yo digo “¡no! ¡sí quiero!” (Entrevista, Miranda, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Las cesáreas son precisamente una de las formas más frecuentes de lo que puede considerarse violencia obstétrica en el ámbito privado y parte de las prácticas que

resultan de una inducción del miedo, que puede ser intencional o no, pero que en algunos casos inicia desde que el embarazo apenas comienza a desarrollarse y el ginecólogo empieza a dar indicios de su preferencia por este tipo de intervención, mientras que en otras surge ya prácticamente durante el trabajo de parto. En el caso de Tita, miembro del grupo C, esta inducción del miedo comenzó aproximadamente desde el séptimo mes:

Tita: Entonces el doctor empezó con que la cabeza estaba muy grande [...] y luego “ay, es que ya estás grande”, el ya estás grande, porque tenía 35 años, 36 al momento de dar a luz; tenía 35 años, “es que ya estás bien grande” y luego para ... Pues el doctor, yo siento que preparó todo para que fuera cesárea, como que me infundió, como que sí me sentí con ese tipo de violencia que me sembró ese miedo.

Ester: Pero ¿por lo de la cabeza?

Tita: Uno por lo de la cabeza y dos por lo del herpes. Entonces “no, mira, y luego tienes herpes”, así de comentarios.

Ester: ¿Pero cuando te dijo eso tú ya habías leído?

Tita: Ya había leído, y le dije y todo eso y en un momento me dijo “es que lees demasiado”, por eso te digo que siento que fue muy sutil, pero no dejó de, finalmente logró el objetivo de sembrarme miedo y yo conscientemente tomé la decisión de seguir con ese médico (Entrevista, Tita, Grupo C, Tijuana, 20 de febrero de 2018).

Tita refiere en su narrativa que ella había tenido previamente una infección de herpes, razón por la que su ginecólogo argüía la necesidad de realizar una cesárea, sin embargo, ella había leído información que señalaba la posibilidad de emplear medicamentos como medida preventiva, lo cual fue ignorado por el médico. Esto se sumó a otro argumento que él daba, señalando que el tamaño de la cabeza del bebé era muy grande para un parto vaginal. Independientemente de que la información que Tita leyó hubiese sido correcta o errónea, lo que cabe resaltar de la relación que se estableció entre ella y su ginecólogo es que la comunicación no fue asertiva u oportuna, puesto que además de que este descalificó sus conocimientos y opiniones, no se dio el tiempo de explicarle las razones por las que no estaba tomando en cuenta las opciones que ella ofrecía, de manera que, aunque existe la posibilidad de que el profesional de la salud estuviera dándole a Tita lo que él consideraba la mejor solución, este se colocó en una posición en la que aparenta no haber considerado a su paciente como sujeto digno de diálogo.

No todas las mujeres aceptan enseguida la opinión dada por el médico que las está tratando, sino que algunas se deciden a buscar otra opinión, sin embargo, existe una

complicidad entre algunos médicos que no les permite contradecir a sus colegas, por lo que es difícil que el miedo del que las mujeres se sienten presas ante la autoridad de su doctor pueda ser combatido. Esto tiene que ver con los ideales de maternidad abnegada que permean nuestra sociedad y que no permiten que se tomen decisiones que impliquen poner en riesgo la vida del bebé próximo a nacer. Frente a esta complicidad se encontró Miranda, también del grupo C, quien se atendía con un médico que les brindaba el seguro de gastos médicos de su esposo y acudió a solicitar una segunda opinión con su ginecólogo de cabecera:

Ya no tenía contracciones. Sentía al bebé, pero ya no tenía contracciones. Entonces fui, fui al médico, me revisa y dice “¿sabes qué? No se te acomodó bien, no ha encajado, se atoró. En mi experiencia, te puedo inducir, pero puedes estar 36 horas con dolor y no va a nacer por parto natural, te tengo que hacer cesárea. Entonces mi sugerencia es te programo de una vez cesárea, porque al final va a ser lo mismo”, ¿no? Entonces el choque “¿Cómo? ¡Todo iba bien! ¿Cómo?”. Entonces pues decimos que sí, programamos, pero cuando salgo de ahí, inconforme, busco a mi ginecólogo, hacemos cita con él. Al día siguiente yo tenía que estar en el hospital a las 12:00, vi a mi ginecólogo a las 10:00. Entonces me revisa y no contradice al doctor, pero me da otros argumentos. Me dice “mira, a mí me preocupa más que ya estás en la semana 41, que el bebé está perdiendo fuerza, que entre más nos esperemos va a ser más difícil para el bebé. Y lo otro es que el fin de semana hay un congreso de ginecólogos en Ensenada y no va a haber nadie en la ciudad. Entonces, entre más nos esperemos, pues más complicado va a estar”. Yo me quedo con esto, estoy en la semana 41, mi bebé puede... ¿Y sabes? Como ya nerviosos decimos “va, ya, que nazca, ni modo” (Entrevista, Miranda, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

En este caso la sospecha de que la cesárea realizada fue innecesaria surgió más tarde y se hizo cada vez más fuerte:

Ester: Y cuando te surgió la duda, ¿te pusiste a investigar algo? ¿O sigues con la duda? Ahorita, a ver, ¿tú te inclinarías a que de verdad fue innecesaria?

Miranda: Sí, ahorita creo que sí fue innecesaria. Por lo que he escuchado de otras experiencias, creo que el doctor pudo haber intentado 20 cosas antes de haber sugerido cesárea. Esto que te digo, una amiga, su bebé no podía salir porque tenía que salir como viendo hacia arriba y su bebé venía hacia abajo y la tuvieron 22 horas en parto las enfermeras en Estados Unidos, porque allá no va el doctor, a menos que te estés desangrando. Entonces llega el doctor, le gira el bebé y sale. Entonces yo digo “a ver, si te metieron la mano y giraron al bebé, ¿por qué no desatoró a mi hijo? ¿Qué tan difícil habría sido?” Y cuando sumé la pieza “se quiere ir a Ensenada al congreso, es más fácil invertirle una hora, ganarme un poquito más porque al cabo lo va a pagar el seguro y ya está, no me tengo que chutar a la novata, 24 horas, 36 horas de parto que quiera aventarse” (Entrevista, Miranda, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

La omisión de un diálogo horizontal entre médico y paciente se vuelve causa de una desconfianza que caracteriza a más de una de las relaciones entre los individuos inmersos en un evento obstétrico, en este caso las usuarias del sector privado de salud. La insistencia en la importancia de la comunicación como un camino hacia procesos de gestación y parto que sean satisfactorios para quienes lo experimentan se debe a que considero que cuando esta es asertiva y oportuna puede llevar a la correcta toma de decisiones por parte de las usuarias y a sentir que su individualidad y autonomía están siendo respetadas, mientras que en el caso opuesto solo consiguen alejarlas y hacerlas que aborrezcan la atención institucional.

Aunque posiblemente las cesáreas son una de las prácticas que tienen una mayor relación con la inducción del miedo, estas no son las únicas; a las futuras madres se les dice que no serán capaces de parir por ser muy estrechas, o de alimentar a sus hijos tras una cesárea; cuando los bebés son muy grandes se les relaciona con una posible diabetes y si la madre ya es mayor, automáticamente se considera un riesgo. Esta experiencia la vivió otra informante del grupo C, Tula, quien después de tener a sus primeros dos hijos durante sus veintes, volvió a embarazarse a los 38 años:

Para empezar el doctor siempre me dijo “¿cuándo tu otro bebé?” y “¿cuándo tu otro bebé?” y le dije “¿hasta cuándo?”. O sea, él está en pro de que te embaraces hasta los 44 años sin problemas, pero cuando ya resulta que estoy embarazada y tengo 38, “no, pues es que hay riesgo”, entonces “ve a hacerte este examen de mil, ocho mil pesos” y “a las tantas semanas otro examen porque el niño puede salir con esto”, o sea, al principio todo era maravilla y después empiezan los miedos, ¿no? Y entonces no sé cómo salió a la plática que tenía un hermanito con síndrome de Down y “¡dios mío! ¿Por qué no me habías dicho antes? ¡Eso es gravísimo!” “pero ¿por qué, doctor? ¿Por qué?”, “no, pues es que hay que ver que tu bebé esté bien”, pues ahí vamos a gastar otros mil, ocho mil, para el estudio de no sé qué del niño. E incluso llegamos y hasta el doctor del ultrasonido “¿para qué te mandan?”, ¿no? O sea, “es que me dijo esto el doctor”, “no tiene nada que ver el síndrome de Down, eso le puede pasar a cualquiera, incluso a las mujeres jóvenes, y es a las que más les sucede porque son las que más tienen bebés” y me empieza a decir, y yo “¡ay! Y yo ya gasté mis mil, ocho mil, en mi estudio” (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Quienes consiguen identificar que en el vínculo dialéctico saber-poder, las “verdades” médicas no son realmente incuestionables, sino que hay factores no objetivos involucrados en ello, gracias a que han desarrollado trayectorias de aprendizaje que les

han permitido una toma de conciencia al respecto, cuentan con mayores recursos para actuar de acuerdo con sus propios intereses y buscar el diálogo con los profesionales de la salud y, cuando esto no se consigue, emplear estrategias claras como la búsqueda de otro médico que les brinde una atención más cercana a sus expectativas, como ocurrió con Tula, quien trató de tener un parto más humanizado durante su tercer embarazo y se topó con las negativas del ginecólogo que inicialmente le había dicho que sí a diversas prácticas, como el corte tardío del cordón umbilical o el colocar piel con piel a la madre y el niño:

Y entonces todo estaba mal. Y “es que doctor, yo ya me informé, yo ya investigué, tengo doulas conmigo, voy a mis talleres de parto”, “no”, “es que yo ya leí”, “pues vuelve a leer”. Entonces ahí cuando me dijo “yo te recomiendo que vuelvas a leer”, me enojé, me quedé callada y lo único que me faltó fue no pagar la consulta, ¿verdad? Pero se la pagué y me fui bien enojada (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

La ausencia de un conflicto explícito es resultado de diversos mecanismos sobre los que se montan violaciones a los derechos reproductivos, como la promoción de la “conformidad” y la “obediencia” como conductas que son premiadas, o el uso de amenazas y castigos físicos por parte de los prestadores de salud, así como de condiciones institucionales que desincentivan que las mujeres presenten quejas formales, como el anonimato y la rotación del personal sanitario (Castro y Erviti, 2003). Sin embargo, existe una mayor posibilidad de que esto ocurra entre mujeres que se encuentran o se sienten constreñidas por las estructuras y no son conscientes de su capacidad de agencia, que en quienes ya han desarrollado trayectorias de aprendizaje importantes.

Así, la falta de confrontación puede ocurrir en tres tipos de situaciones. La primera es la de aquellas mujeres que perciben una mayor discriminación y una clara asimetría en las relaciones de poder con el personal de salud, como ocurre con la población indígena o con baja escolaridad. Esto puede ser ilustrado por la experiencia de Fidelia, del grupo A, quien fue atendida durante su segundo embarazo en una clínica de ISESALUD y al recibir negativas de acceso al hospital durante su trabajo de parto, porque quienes la revisaron señalaban que aún no tenía suficiente dilatación, decidió

finalmente ir a atenderse en la clínica particular en la que había dado luz a su primera hija, y parió apenas al llegar:

Yo sentí eso, en ese tiempo sí como que sentí que había muchísima discriminación, que ellos se sentían superior a ti y que ellos eran los doctores y que tú nada más te tenías que quedar callada, obedecer, “¿Sabe qué? Se va a tomar esto, se va a hacer esto y ahí nos vemos” (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

Un segundo tipo de conformidad ocurre entre quienes son jóvenes, van a ser madres por primera vez y, por lo tanto, no tienen experiencias previas. Así ocurrió con Jimena, del grupo B, quien tuvo a su primer hijo a los 20 años en el Seguro Social. Ella comparte cómo después de una sutura realizada incorrectamente tras una episiotomía que la llevó a ser intervenida de emergencia y que le dejó secuelas físicas por aproximadamente dos años, no recibió ninguna información respecto a lo que había sucedido:

Jamás me explicaron nada de por qué me hacían esto o qué iba a pasar, nada, nada, nada. Y pues yo, al ser también mi primer embarazo decía “Pues lo que me digan los médicos, pues ellos saben”, ¿no? (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Tula, del grupo C, no siempre ejerció su capacidad de agencia con la misma pericia que en sus dos últimas gestaciones, pues al embarazarse de su primer hijo tenía tan solo 18 años. La atención de este parto se llevó a cabo en un hospital privado, donde señala que no le creían que ya iba a nacer su bebé, por ser “primeriza” y tampoco fue respetado su deseo de que no le aplicaran anestesia:

Pues cuando ya empezó mi labor de parto, nadie me creía que ya iba a nacer [...] Y pues sí, como que “ay, pues es primeriza, todavía le falta”. Y ya llegamos con la doctora a la consulta y ya el niño ya venía, ya estaba yo con ocho centímetros de dilatación y entonces directo al hospital que estaba a una cuadra. Y pues ya el niño ya estaba ya naciendo, ahí coronando y “espérate porque ahí viene el anesthesiólogo”, que, de hecho, la doctora dijo “pues te voy a poner aquí anesthesiólogo, vamos a presupuestarlo porque pues vas a querer, aunque ahorita me digas que no, vas a querer anestesia”, ¿no? Y pues yo bien inexperta y jovencita, pues “bueno, lo que diga la doctora”. Pero sí, creo que yo pensaba no querer anestesia. Y yo creo que ya no necesitaba, porque el niño ya estaba ahí (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Una tercera situación en la que las mujeres pueden no responder ante la descalificación de sus saberes es cuando se enfrentan a una actitud por parte de los

médicos que resulta humillante para ellas, como fue el caso de Brisa, del grupo B, a quien la médico del área de urgencias de una clínica del IMSS le dijo que aún le faltaba mucho para parir y deslegitimó su conocimiento sobre su propio cuerpo por no haber tenido un parto natural anteriormente:

Con el dolor que traía, no tenía ganas ni de alegar, ni de pelear, ni nada. Me levanté, ya me paré y me dice “no, pues sí traes dilatación -dice-, pero pues es normal, eso sucede, pero no, todavía te faltan como mínimo unas dos semanas” y yo “pero es que el doctor me dijo que...” y ella “no, muchos se equivocan, muchos se equivocan -dice- y todavía te faltan unas dos semanas. Vete a tu casa, haz lo que siempre haces normalmente, no te preocupes” y le digo “pero es que traigo los dolores” y me dijo “no, ¿tú qué sabes de dolores si tu bebé anterior fue una cesárea? Tú no sabes de dolores”. Y yo, así como de “no puedo creer lo que me decía” (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

En los diversos casos citados se observa cómo consigue desplegarse el poder obstétrico, es decir, el poder disciplinario que se ejerce sobre los cuerpos que pueden embarazarse y parir con el fin de volverlos dóciles y útiles a la economía de la reproducción (Arguedas, 2014). Esto se lleva a cabo a través de distintas tecnologías disciplinarias relacionadas con el saber, como la inducción del miedo, la retención de información o la desautorización de los conocimientos y sensaciones de las mujeres sobre sus propios cuerpos, entre otros.

Si bien, la inducción del miedo es un recurso que puede ser utilizado con cualquier gestante, el hecho de que este haya sido administrado a las tres mujeres del grupo C, mientras que en los otros casos vemos que hay una importante desinformación hacia las pacientes o una descalificación de sus saberes, nos habla del alcance de la cuestión de clase en el establecimiento de las relaciones saber/poder entre médicos y pacientes, pues mientras que a las mujeres que se atienden en instituciones privadas se les intenta persuadir a través del miedo, aquellas que utilizan los servicios públicos sufren un rechazo aún mayor como sujetas dignas de diálogo.

4.3.2. Patologización y medicalización excesiva

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada en Venezuela, en 2007, es uno de los primeros documentos legales en los que se ofrece una definición de la violencia obstétrica, y en este se condena el abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales de la mujer, puesto que ello puede acarrear la pérdida de su autonomía corporal, su capacidad de decisión, e impactar negativamente su calidad de vida.

Por su parte, Camacaro señala que “las gestantes/parturientas una vez que traspasan el umbral hospitalario, son iniciadas con un peregrinaje mórbido de sensaciones, sin ninguna distinción de los/as enfermos/as que reposan allí por razones muy diferentes a dichas parturientas, quienes no son enfermas” (Camacaro, 2008b:295). Así, aunque no todos los partos son completamente sanos y el uso de medicamentos e intervenciones son necesarios en algunos casos, es posible señalar que muchos de los procedimientos llevadas a cabo en las salas de parto se realizan de forma rutinaria, inclusive cuando ya no son recomendadas por las normas oficiales o las guías de práctica clínica.

Entre las prácticas de medicalización excesiva descritas por las entrevistadas, se encontró que los tactos múltiples, la tricotomía, la restricción de la movilidad, la privación de alimentos, el uso de oxitocina, la aplicación de anestesia y la realización de episiotomías son las rutinas que más se llevan a cabo. En el caso de la tricotomía, se espera que inclusive sean las mujeres mismas quienes la realicen antes de ingresar al hospital y lleguen preparadas, de lo contrario son juzgadas, criticadas y humilladas, como ocurrió con Sabina, del grupo A, a quien le dijeron que debería ir a parir a su pueblo por no ir depilada, o Abigail, del grupo B, a quien la asistente médico reprendió por “no estar a la moda”:

Abigail: Para esto, pues yo no iba preparada... Ay, es que como que me cegué, me dijo “¿y ya viene preparada? No está rasurada, ¿verdad?”, y yo “no”, “ah, pues ahorita lo voy a tener que rasurar -dijo-, ¿y esto? ¡Esto ya no se usa! ¡Ya ni las señoras grandes! Vienen bien rasuradas, ¿y usted?” y yo “ah, disculpe”, ni modo, es su trabajo, “y usted que esperaba? -dice-, a sus casi 30 años ¿y por qué no había tenido su bebé? ¿Porque no podía?”, aja y yo así como que...

Ester: A ver, ¿esa quién era? ¿Era asistente?

Abigail: Era asistente de la recepción, estando adentro del cuarto de exploración, no sé cómo decirlo, pues parecía enfermera. Pero dije “esto no debe de ser así”, o sea, uno va todo espantado, todo que es algo todo primera vez, este, y sí me dijo así como que “¡esto ya no se usa! ¡Ve nomás! ¡Ve nomás!”, y yo “pues ni modo, pues ya le tocó” [risas]. Ni modo, ya no me vuelve a pasar, ya a la segunda ya me voy toda rasurada. Dije dentro de mí “ni mi esposo me anda diciendo esas cosas y usted quiere que vaya bien...”, que porque había señoras de más edad y ya iban mejor que yo, que no sé qué, bien a la moda” (Entrevista, Abigail, grupo B, Tijuana, 19 de febrero de 2018).

En el siguiente párrafo, Brisa describe la aplicación rutinaria de oxitocina que vivió en una clínica del IMSS, así como las consecuencias que el simple hecho de saber que iba a ser medicalizada provocó sobre su cuerpo. Esta escena permite ver cómo en el discurso del médico el aplicarles este medicamento a las parturientas es hacerles un favor, es un “regalo para todas”, pero también explicita que su interés descansa en acelerar los partos y que en determinado momento los espacios que las mujeres están ocupando queden libres y la maquinaria de nacimientos siga su curso como en una línea de producción:

Lo que si no me gustó es que... estábamos como cuatro o cinco camas y el doctor de “ah, ¿cuánto tiene?”, y luego ya como que nos revisó a todas, ¿cómo dijo? “¡medicina para todas! ¡regalo para todas!”, como que ¿qué regalo? Ah, la oxitocina para adelantar, “ahorita antes de las 6:00 se me van todas”. Y yo como que “¡no!”, se supone que hay unas que se pueden aliviar más rápido, otras más lento. Y por eso fue por lo que en el último embarazo yo dije “no, yo me quiero quedar aquí hasta que me den los últimos dolores y ya me voy”, para no estar ahí de que “ay, te vamos a inyectar”. Y pues de esa vez que dijo el doctor “todas oxitocina” y pues ya sabía yo que era para acelerar los dolores, no sé si fue lo mismo de la presión, que tenía miedo de que me lo fueran a poner, de que me dio taquicardia, me empezó a faltar el aire y le hablé a la doctora y ya sentía yo que el corazón se me salía (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

Las referencias a la privación de alimentos fueron frecuentes, y a esto se suma el hecho de que en diversas narraciones las entrevistadas mencionan cómo dentro del mismo espacio o cerca de este, el personal ingería alimentos, bebía refrescos o se organizaban para encargar comida, lo cual volvía aún más difícil soportar su situación:

Como yo no gritaba, no hacía escándalo, ahí me tuvieron en la camita donde estuve, y yo le decía “doctor es que ya tengo hambre, ¿Puedo salir a comer y luego me regreso?” y él me decía “No, es que tú ya no puedes comer nada, porque a ti ya te van a intervenir, tú ya no puedes comer nada” y yo recuerdo que en ese tiempo me daba olor como que estaban comiendo pollo del Kentucky, con lo escandaloso que es ese pollo y yo con hambre (Entrevista, Nancy, grupo B, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Entonces entré ese día porque me iban a hacer el estudio, me fui sin desayunar ni nada y... me quedé todo el día y luego pues sí me daba hambre y decía “y la comida, ¿a qué hora?” y me decían “no, ¿cómo que comida? Si vas a tener a tu bebé” y yo “pero me dijeron que me iban a hacer cesárea”, “ah, sí, pero por eso no puedes comer”, “ok”, luego “no, no, no, ahorita el siguiente médico que tenga turno te va a revisar y te va a dar la orden” y yo “ok”. Y luego venía el siguiente médico, me revisaba y me decía “ah, ok, no hay problema, estás bien” y yo “ah, ok, ¿me puedo ir?”, “no, no, no, estás en observación porque tu bebé estás pequeño”. Me quede ahí sábado y domingo y ya hasta que me dijeron “no, pues ya, no tienes nada, regresa la siguiente semana” y yo... [ríe] (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Pasé todo ese día yo en el hospital y fijate cuánto tiempo llevaba yo sin comer, iban a ser casi las 24 horas sin agua y sin comer, yo estaba súper desesperada de la sed, yo les había pedido agua y pues no, me dijeron que no, que no me podían dar. Era una sed tan desesperante que nunca en mi vida he sufrido tanto de sed, ni siquiera sentía el hambre, era sed, cerraba mis ojos y me imaginaba un agua de jamaica con hielos y yo decía “en cuanto salga de aquí...”, me decía a mí misma, porque era una sed terrible (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

La restricción de la movilidad es una práctica más que se reportó repetidas veces; Sandra, por ejemplo, menciona que en su primer parto tuvo que mantenerse en su lugar, a pesar de su necesidad de ir al baño, y evacuar ahí mismo muy a su pesar:

Sí, siempre checándome a cada ratito y todo. Lo que sí recuerdo fue que típico pues llegan, te suben a camilla y ya no bajas, para nada te puedes bajar, así tengas ganas de hacer del baño. Y sí recuerdo que tenía ganas de hacer del baño, típico que te pasa y el doctor me dijo que pues ahí; como te ponen pañal, y sí recuerdo que pues lo tuve que hacer (Entrevista, Sandra, grupo A, Tijuana, 31 de marzo de 2018).

Cuando se presenta un intento de rebelión ante esta regla, puede ocurrir un enfrentamiento entre pacientes y enfermeras, que llega hasta los empujones, jaloneos, gritos y amenazas, como sucedió con Tula en el único parto que tuvo en una clínica del IMSS y con Jimena, en el mismo hospital. Esto lleva a cuestionarse si en realidad el personal de enfermería considera que la restricción del movimiento de las parturientas tiene una razón legítima de ser, si insisten en hacer valer esta regla debido a que facilita su labor o si es simplemente una forma de demostrar que tienen alguna forma de poder en medio de la clara cadena de jerarquías que compone al campo médico:

Cuando siento que va naciendo, me quiero levantar para ver, pues es que no sé, estaba joven, pero ya no estaba como inexperta, más bien estaba como en rebeldía y “voy a

hacer lo que yo quiero” y por eso yo “quiero ver a mi bebé” y me levanto y me avientan para abajo otra vez. Me acuestan, ¡pero así! “¡acuéstate!”. Yo hasta dije “¿por qué? ¿Qué tiene de malo?” (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Entonces las enfermeras se pusieron a estar platicando de la novela y yo le decía “enfermera, ¿no pueden hacer algo? Me siento muy mal, me duele muchísimo, me quiero levantar”, “no, no, no te puedes levantar”, “pero quiero ir al baño”, “¡nombre y luego menos al baño!”, yo “pero es que quiero ir al baño”, “¡no, no, no! A ver, ahorita te paso un cómodo”, ok, ya me pusieron el cómodo y ya hice. Luego me senté y me dijeron “no, acuéstate, acuéstate” y le digo “no, pero me quiero sentar, no puedo estar acostada, me duele”, dice “si no te acuestas, te vamos a amarrar”, “¿por qué?”. Y luego le dice la otra “¿y si le ponemos un tranquilizante?” y yo “no, o sea, estoy bien, estoy tranquila, tampoco es para que me seden, pero me quiero mover” y me dice “no, no, no, es que tienes que estar acostada”, “pero es que si me acuesto me duele mucho, me duele muchísimo la espalda. Estas camas están duras, están frías, necesito moverme”, “ya te dijimos que te vamos a amarrar”. Y después, este... eh... en eso, no recuerdo, creo que eran como las 8:00 cuando otra vez empecé, me empezó a dar muy, muy fuerte, eran como las 8:00 de la noche. Me levanté y dije “ay, no, me tengo que mover”, entonces me empezaron a jalonear, y yo dije “me tengo que mover”, “¡no, que se acueste!”, me empezaron a jalonear y yo “¡no, no, no, no!”. Agarré el suero y me salí de la sala, y luego “ay, ¿a dónde va?”, “no, me siento mal” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Los tactos, además de ser una práctica que se realiza rutinariamente a las mujeres, son la expresión máxima de cómo el cuerpo femenino se convierte en un espacio al servicio de la enseñanza, un cuerpo para el aprendizaje, con lo que se confirma y extiende su papel de *cuerpo-para-otros*, ya no solo cuerpo para el placer masculino y para el cuidado materno, sino para la práctica médica. Tal vez esta sea la rutina en la que se vuelve mucho más visible que muchas de estas intervenciones no tienen como finalidad el bienestar de la madre y el recién nacido, sino intereses relacionados con el campo médico:

Ester: ¿Y estos últimos [tactos] cómo fueron? ¿Qué fue lo que le molestó?

Sabina: De la mediana sí me hicieron también tacto, pero no tanto. De la última, ahí sí me hicieron el tacto más feo, porque que nos haga los tactos el doctor y luego los pasantes, eso, eso es lo que yo siento que no es de humanos que está uno ahí como exhibiéndose para que pase uno, pase otro, pase otro a hacerles.

Ester: ¿Y se acuerda usted como cuántos le tocaron?

Sabina: Sí, como cuatro o cinco pasantes más el doctor. Y luego, yo digo, pues, y ahora llego a la conclusión “¿pero por qué me hicieron el tacto? Si yo me iba a aliviar de cesárea” (Entrevista, Sabina, grupo A, Tijuana, 29 de junio de 2018).

Ester: Oye y me decías que te hicieron tacto como unos nueve o diez practicantes pero ¿esos fueron como en distintos momentos? ¿O llegaban así de a cinco?

Nancy: No, en distintos momentos, incluso yo les decía “no, es que me lo acaban de hacer hace media hora”, “Oh, es que yo también lo tengo que hacer para ver si en ese tiempo no...” y le decía a mi esposo que yo que sentía que era porque tenían que cumplir con tantos, no porque los necesitaras o porque te estuvieran observando, porque pues pasaba media hora y ya estaba otra persona “¿Me permite hacer?”, “Oye es que me lo acaban de hacer”, “No, es que yo también lo tengo que hacer”, y sí, creo que como unos nueve (Entrevista, Nancy, grupo B, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

La frecuencia con que se realizan estos procedimientos hace que puedan llegar a ser sumamente molestos y a enturbiar la estabilidad física y mental de las pacientes, particularmente cuando son realizados por distintas personas, cuando atentan contra su privacidad y hacen que las mujeres se sientan exhibidas, o se realizan de forma brusca y sin cuidado. El disgusto que estos generan puede contribuir a que la parturienta decida buscar otro servicio donde atenderse, como lo hizo Fidelia, del grupo A:

“Bueno, ¿qué tal si voy y te dejo allá?, porque si tú ya no quieres regresar al Hospital General...”, “no -le dije-, a que me estén metiendo el dedo allá”, porque sí, cada revisada es estarte metiendo el dedo y que te digan “no, señora” y que “todavía no” y que “todavía no” (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

Finalmente cabe resaltar que cuando se suman los fallos humanos que implica cualquier práctica profesional, incluida la médica, al abuso de la medicalización y la patologización de la mujer, esto puede provocar una concatenación de eventos que terminan en un resultado completamente distinto al que se habría dado de haber permitido que el alumbramiento sucediera de una manera natural y sin mayores intervenciones. Esto fue lo que ocurrió en el caso de Lizeth, del grupo A, quien fue internada cuando asistía a una consulta durante la semana 38, debido a errores en la medición de su dilatación y su presión arterial a partir de los cuales se le diagnosticó preeclampsia, posteriormente fue inducida artificialmente con oxitocina y, cuando, más tarde, el personal de salud se percató del equívoco inicial, ya era imposible volver atrás, sin embargo, debido a que Lizeth no consiguió dilatar por completo se decidió realizarle una cesárea:

Dije “¿Qué?” “te van a hacer cesárea, ya va a nacer tu bebé”, yo estaba en los gritos del dolor de trabajo de parto y le pregunté “¿Cuánto llegue de dilatación?” y dijo “siete, pero

ya tienes horas en siete”, o sea como que desde las 2:00 de la tarde había estado en siete y yo tenía horas en siete y ya no iba a pasar de ahí y entonces yo en mi mente dije “bueno, pues si es cesárea, pues ni modo, lo que no quería” (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Los casos desarrollados en este apartado permiten señalar, junto con Camacaro y colaboradores (2015) que estos procedimientos se siguen como un patrón y constituyen decisiones repetidas por tradición y consenso, no necesariamente basadas en evidencias científicas. Estas rutinas son muchas veces estandarizadas y no discriminan o individualizan las necesidades de cada mujer, sino que se uniforma el trato otorgado a las embarazadas de bajo y alto riesgo, incluyendo a veces prácticas ineficientes o dañinas, lo cual puede desembocar en el surgimiento de efectos secundarios no deseados para la madre y el recién nacido, todo ello con el fin de hacer más seguro el trabajo para el equipo sanitario.

4.3.3. El aspecto relacional entre las parturientas y el personal de salud

La violencia obstétrica está compuesta tanto por acciones como por omisiones de parte del personal de las instituciones de salud, es decir, en esta cuestión resulta de igual importancia lo que se hace a las mujeres gestantes, parturientas o púerperas, como lo que no se lleva a cabo. En este sentido, uno de los mayores problemas que se presentan con frecuencia en las instituciones de salud es el estado de abandono en que se deja a las pacientes en un momento que se caracteriza por estar lleno de vulnerabilidad y que requiere de constante asistencia y en algunos casos monitoreo.

Esta situación de desamparo comienza desde que la mujer ingresa al área de labor y continua durante el trabajo de parto y el puerperio, una etapa difícil, en la que la falta de atención por parte del personal de enfermería y el estado de desesperación en la que se encuentran las pacientes, quienes ahora no solo deben de cuidar de sí mismas, sino también de los recién nacidos, llega a terminar en accidentes:

Ya estando en piso, en la cuestión de los enfermeros, yo recuerdo que yo quería ir al baño y me dijeron “este... no, pues levántese y vaya”. Ah, pues me levanté, pues a duras penas, porque sí estaba muy débil, me levanté y en cuanto me paré, me bajé de la escalerita, me

desmayé y... yo ya cuando desperté, yo ya tenía la enfermera al lado, estaba en una alberca de sangre, lo que pasa es que me estaba desangrando, eh, me dijeron que debido al embarazo, no sé, estuvieron a punto de ponerme sangre porque estaba perdiendo mucha, ¿por qué razón? No lo sé, no sé si sea, te digo, por la cortada, ¿por qué? No lo sé, pero perdí alrededor de dos litros en el transcurso que estuve ahí (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Nancy: Me empecé a sentir mal con la presión, traía yo a mi niña, estaba sentada, en un principio te recomiendan que te tienes que sentar cuando lo hagas, cuando le vas a dar de comer, estaba con la niña y la muchacha estaba atrás de mí y me empecé a marear y ella gritaba “doctora, doctora, se va a caer la señora”. Y decía “párate” y no podía agarrar a mi niña, “siento que me voy a caer” y pues la otra muchacha que también le habían hecho cesárea, y se para, en eso yo siento que yo ya, se me iba a caer la niña, entonces me paré, al momento de pararme...

Ester: ¿Y no había ninguna enfermera cerca?

Nancy: Nadie, no estaba nadie cerca. Cuando yo me paré, lo primero que hice fue poner la niña en la cama, puse la niña y me desmayé. Y todavía, tengo ya nueve años, y todavía, me lastimé el lado izquierdo de la cesárea, me quedó sensible, porque te ponen como un escaloncito de dos niveles, entonces pegué con él escaloncito y, gracias a dios, no se abrió, porque no caí de lleno, recuerdo que fue el guardia el que vino a levantarme por los gritos de la muchacha (Entrevista, Nancy, grupo B, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

El desinterés en las necesidades de las pacientes se acrecienta cuando se trata de encargarse de cuestiones escatológicas, es decir, relacionadas con los desechos corporales, las cuales suelen ser condenadas y atendidas de mala gana por parte del personal de enfermería:

Sandra: Recuerdo que tenía ganas de hacer del baño, típico que te pasa y el doctor me dijo que pues ahí, como te ponen pañal, y sí recuerdo que pues lo tuve que hacer y le dijo a la enfermera que me limpiara, porque también a ellas las ponen a hacer todo eso y sí recuerdo que la enfermera fue y me revisó e hizo su cara de, pues de asco, y ahí me dejó, no me limpió, como hasta la hora que llegó otro...

Ester: Oye, ¿pero era pura pipí o también popo? ¿Era de las dos cosas?

Sandra: Las dos, te haces de las dos, es algo bien vergonzoso, pero uno no lo puede evitar. Y este...sí, hasta que regresó el doctor como a la hora y resulta que pues todavía estaba sucia y fueron y la regañaron.

Ester: ¿Como una hora me dijiste?

Sandra: Como una hora. Y ya el doctor le volvió a ordenar, entonces ya se quedó él ahí revisando que en realidad la enfermera hiciera su trabajo y sí lo hizo, pero lo hizo de, pues ya de mala gana (Entrevista, Sandra, grupo A, Tijuana, 31 de marzo de 2018).

Yo le pedí a la enfermera que si me ayudaba a cambiar a la bebé, yo le pregunté porque a la bebé yo le miraba una bolita, no sé si era su parte de la niña o que estaba haciendo del

baño y no se había salido por completo el pedacito, ¿qué hago? ¿Se lo quito? ¿O será parte de ella o que pasó? Y la enfermera nunca se arrimó, me dijo “ay, no, ahorita vengo” y “ahorita vengo” y ese ahorita vengo nunca pasó, nunca vino. Así que pues al último se lo jalé, pues ni modo, “pos a ver qué es -dije yo-, si se lo jalo y no se viene, es que es de ella, y si se le viene es que era popo”, pero es que realmente es como, digamos que se me figuraba que era su parte, pero sí, al último sí era que estaba haciendo del baño por primera vez (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Aunque los relatos de las mujeres entrevistadas estuvieron centrados en narrar los malos tratos que experimentaron durante la atención obstétrica, resultó claro que como en cualquier otro, en el campo médico hay distintos agentes con diversos intereses, lo cuales no solo agreden a las mujeres sino que, al contrario, las apoyan enfrentándose a sus compañeros de trabajo, contradiciéndolos, e inclusive desafiando a actores que pueden ser considerados sus superiores.

Un ejemplo de ello es el caso de Brisa, del grupo B. ya descrito más arriba, donde la médico que la atendió en el área de urgencias del IMSS la devolvió a su casa, asegurándole que aún faltaban un par de semanas para su parto, pero frente a esto una enfermera la animó a ignorar las indicaciones de la doctora y seguir su instinto y, una vez ingresada, una más la ayudó modificando su posición en la camilla para que pudiera estar más cómoda aun cuando el médico le indicó lo contrario:

Tenía ganas de llorar, pero no sé, como que me aguanté y me acuerdo que fui... me dijo “ya cámbiate”, me acuerdo que fui con la enfermera y nada más se me quedó viendo y me dijo “no le hagas caso -me dijo-, tú si te sientes mal, tú vente, no le hagas caso” (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

El primer niño, que fue en la Clínica 7, me acuerdo que estaba pujando, pues te tienen acostada y es... yo siento que por el mismo instinto que pujas, a la hora de que te levantas y sientes más alivio de estar inclinada a la hora de pujar y me acuerdo que me decía “no se levante”, me decía el doctor, el mismo que dijo “¡ah, sí, córtele!” y “¡oxitocina pa’ todas!”, decía “no se levante” y me volví a acostar y me acuerdo que una enfermera le dijo “doctor, hay que inclinarle la camilla”, y le dijo “¡no, no, no, así déjala!”, y me acuerdo que se me quedaba viendo, y agarra la doctora, la enfermera, y me empieza a subir la camilla, y me dejó semisentada y es que yo decía “ya no puedo” y me dice “sí puede, sí puede”. Y ya, me acuerdo que la enfermera se me quedó viendo, agarró y empezó a subir la camilla, la subió y ya cuando me dijo “puje”, ahora sí que pujé y ahí ya salió el bebé. Y ya el doctor nomás se le quedó viendo y le dice, así como que “hubiera evitado tanto sufrimiento y tanta cortadera para... la hubiéramos inclinado desde el principio” (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

Un aspecto que resulta de suma importancia para que las mujeres se sientan involucradas en las decisiones durante su parto, es el que el personal de salud se tome el tiempo de escucharlas, de hablar con ellas, de explicarles los procesos que están viviendo y más que infundirles miedos, ayudarles a conseguir la tranquilidad necesaria para que esta etapa se desarrolle de una manera correcta. Esta fue la experiencia que en dos ocasiones tuvo que vivir Jimena, del grupo B, primero mientras se encontraba internada en el IMSS antes de dar a luz y tuvo que escuchar múltiples opiniones de los distintos médicos que pasaban a revisarla y, después, cuando fue a que le recortaran los hilos del dispositivo intrauterino y se encontró ante una actitud tan insensible que se vio en la necesidad de afiliarse al Seguro Popular y atenderse en un hospital de ISESALUD, donde encontró una atención con mayor calidez:

Y entonces estaba ahí [en el IMSS] y ya hasta que llega un doctor, ya estaba desesperada y le digo “oye, ¿qué va a pasar? En serio, me siento mal, no he comido, la semana pasada me hicieron lo mismo, ¿qué va a pasar? No sé, ¿está bien mi bebé o no está bien mi bebé? Porque uno me dice que no pasa nada y otro me dice que está en alto riesgo, que se me va a morir. Entonces, dígame que va a pasar” y ya me dice “ok, a ver, sí, tu bebé está pequeño, pero nada fuera de lo normal -dice-, tienes 39 semanas y no necesitas cesárea, porque tu bebé está pequeño...”. ¡Ah! Y otros también me decían, me había dicho una médica cuando fue, me hizo el tacto, “¡uy, no, eres estrecha, uy, no vas a poder tener a tu bebé, uy ni pienses que vas a poder parir!”, y yo le dije “pues me dijo esta doctora que acaba de pasar que no voy a poder parir porque soy estrecha”, “a ver -me revisa y dice-, ah, sí, un poquito, pero como tu bebé es chiquito sí sale” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Sí, ya fui al Seguro Popular a que me cortaran los hilos, porque acá la enfermera no, y sí, te digo, ahí la enfermera sí me dijo “voy a introducir este artefacto, se llama pato o espejo vaginal. Entonces -dice-, está un poco frío...”, o sea, me estaba hablando y me decía “¿y cómo se llama tu bebé?”, y sacándome platica, entonces eso me hacía sentir como ya más relajada, entonces ya me pudo cortar los hilos y ya me sentía mejor (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Después de que el ginecólogo particular que la atendía durante su tercer embarazo le comenzó a infundir miedos y le recomendó a Tula, del grupo C, “volver a leer”, ella se decidió a buscar otro médico y encontró alguien que tomó en serio su plan de parto y con

quien finalmente pudo tener un seguimiento de forma más relajada, tal y como ella lo deseaba:

En mi plan de parto también decía “respetar hasta la semana 40”. Y ya le dije yo “¿hasta cuándo me puede esperar?”, “pues te hago cita y vemos, ese día resolvemos”. No me dijo “ese día ya lo tienes”, “ese día resolvemos”. Hasta le dije “doctor, ¿no me tengo que preocupar?”, “si tú me ves preocupado, preocúpate”, así me dijo “hasta entonces, no pasa nada”, me encantó ese doctor, por todo, porque me daba mucha calma, en lugar de inculcarme miedo (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

El apoyo requerido por las mujeres, en algunas ocasiones puede ir más allá de lo físico o lo emocional y entrar en el área de lo económico. Entre los casos analizados fue posible encontrar que a pesar de que el nacimiento es un negocio redituable que forma parte de la maquinaria capitalista y sus mecanismos de funcionamiento, las entrevistadas también se han encontrado con médicos aliados que han renunciado a tenerlas como pacientes pensando primero en los intereses de estas, que incluso se han adaptado a sus posibilidades económicas o les han brindado servicios sin costo a pesar de desempeñarse en una institución privada. Uno de estos casos es el de Julia, del grupo A, a cuya última bebé, de cinco años al momento de la entrevista, se le detectó un problema cardíaco durante el séptimo mes de embarazo, mientras que casi simultáneamente otro de sus hijos había sufrido un accidente que requirió una intervención quirúrgica:

Ok, entonces ya me dijo él “mira, esperemos que se le quite, vamos a ver, hasta que lleguemos...”. Llegó los meses para aliviarme, él me dijo “a mí no me cuesta nada aliviarte, tú me vas a pagar, pero tu bebé, al nacer, yo la tengo que trasladar al General, ¿por qué? Porque yo no tengo los aparatos necesarios para atenderla si ella viene mal”. Entonces me dijo “yo te recomiendo que te vayas y te alivies allá, ¿para qué? Para que estén las dos juntas y de una vez te ahorras el dinero que me vas a dar a mí”. Él, la verdad fue muy bueno, en ese sentido, porque él, bueno, él sabía cuánto tiempo habíamos llevado para poder ahorrar el dinero y todo (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Para Daisy, del grupo B y Tula, del grupo C, la colaboración por parte de sus médicos para llegar a un punto medio resultó esencial para que estas pudieran acceder a un cambio de servicio más adecuado a sus necesidades y con ello ejercer la autonomía sobre sus cuerpos y una toma de decisiones más libre sobre su parto. Como ya se señaló anteriormente, en el caso de Tula se trató de un cambio de un ginecólogo particular a

otro, mientras que Daisy pasó de atenderse en un hospital público a uno particular, por lo que la carga económica era aún más importante, al no haber sido planeada, esto llevó a que a la vez que el parto se programara en una clínica privada, las últimas revisiones se llevaran a cabo en un consultorio externo del médico, quien le ofreció este servicio de forma gratuita con el fin de que ella no tuviera que desembolsar una cantidad tan grande de dinero:

Daisy: Entonces pues él sí me ahorró mucho dinero, porque me trató como los últimos dos días en su... con él en su consultorio.

Ester: ¿Y él fue el que te hizo la cesárea?

Daisy: Sí, él fue el que me hizo la cesárea y todo, aquí en el Santa María, ahí lo vi a él. Después cuando me quitó los puntos era con él, ahí en su clínica de él. Porque si iba al Santa María, otro dinero para poder ver al doctor y aquí no, ya nomás llegué y dije “vengo con el doctor”, ya pasé y ya me dijo “no, no, no, no te voy a cobrar nada” (Entrevista, Daisy, grupo B, Tijuana, 16 de julio de 2018).

Tula: Entonces voy con mis doulas a decirles “¿qué creen?, que pasó esto”, “pues vete con el otro doctor”, “pues es que nos cobra un poco más”, “ve con él y dile que yo te recomiendo”. Entonces voy con él y ¡no! Otra cosa, cuando llegó, le digo “ay, doctor, es que mira, Lily me dijo que...”, ¡“ah! -se acomoda y me dice-, ¿tú también quieres parto hippie? ¡Tendrás tu parto hippie!”. Pero sí, hasta como que su postura cambió, me dijo que sí a todo. Le dije “pero es que ¿sabe qué, doctor? Es que nosotros ya tenemos presupuesto de...”.

Ester: Presupuesto hippie.

Tula: Sí, presupuesto hippie. Del otro doctor. “Bueno, ¿les parece un poco más? ¿Un poquito menos de lo que cobro, pero un poquito más de lo que cobra él?”. Y nosotros “sí, nos ponemos las pilas”. No, fue maravilloso ese doctor, porque era su presupuesto, supuestamente eran nada más sus honorarios, y con eso pagamos todo, él, el pediatra y el anestesiólogo, porque también hubo anestesiólogo. Así, todo lo cuadraron y quedó perfecto. Una maravilla de doctor (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

La experiencia de Tula es interesante porque permite observar cómo ella va desarrollando una trayectoria de aprendizaje a través de la cual pasa de ser una joven dócil que, aunque trata de rebelarse, se ve sin muchas opciones ante los mandatos médicos en sus primeros dos partos, a convertirse en una mujer que actúa cuando considera que sus derechos y su autonomía no están siendo respetados. Esto tiene que ver con el hecho de que al inicio de su tercer embarazo, ella se instruyó respecto a la posibilidad de tener un parto humanizado y trabajó para conseguir aliados que la ayudaran a conseguir este objetivo.

Pozzio (2016) señala que el parto humanizado “hace referencia a las distintas modalidades que buscan desmedicalizar el parto y hacer respetar los derechos de las mujeres y las familias en el momento del nacimiento de un bebé” (p. 102) y explica que en torno a la introducción de las prácticas que este implica existen posturas ‘abiertas’, por parte del personal de salud que se deja enseñar y pone en tela de juicio sus propios saberes y prácticas; de ‘resistencia’, de quienes toman actitudes de desinterés y a la defensiva; así como las ‘intermedias’, desplegadas por aquellos que buscan negociar entre su poder, saber y autoridad y los derechos de sus pacientes.

En el caso del médico que atendió a Tula este conocía y era practicante de lo que se conoce como parto humanizado, respetado, fisiológico o desmedicalizado y que ellos llamaron en su conversación ‘parto hippie’, en el que ella planeaba esperar a que el alumbramiento se diera naturalmente y estar acompañada de doulas; mientras tanto, como ejemplo de prácticas en resistencia pueden catalogarse la mayoría de las experiencias de medicalización descritas en el apartado anterior. Por otra parte, situaciones como las que vivió Daisy son más sutiles pues la postura ‘humanista’ del obstetra no se ve reflejada tanto en el hecho de los procedimientos que vaya o no a aplicar dentro de la sala de parto o el quirófano, sino que su calidad humana va más allá de este espacio, pues al apoyar a su paciente en el plano económico, desafía la lógica capitalista de acumulación.

Por otra parte, las situaciones de abandono sufridas por las informantes permiten sugerir que estas son resultado de distintas situaciones -además de las ya relatadas en el capítulo 3- como la cuestión de la preeminencia de la cultura del ‘mínimo esfuerzo’ en nuestro país, la ausencia de empatía con las pacientes -dada la tendencia a juzgarlas antes de conocer la situación de cada una de ellas-, el desconocimiento de que lo que están haciendo es violencia e inclusive una falta de vocación profesional y un sentido de desvalorización de su trabajo y su estatus.

Captar los detalles microscópicos que componen las interacciones sociales resulta de vital importancia, dado que esto permite ver que las relaciones que se establecen entre las mujeres gestantes y el personal médico y de enfermería no se dan en blanco y negro, sino que están llenas de matices. Como señala Pozzio (2016):

Comprender las prácticas concretas de los médicos y médicas, las formas en que negocian, comprenden, reaccionan, sus mínimos gestos [...], eso que los actores hacen en el cotidiano, en el seno de sus relaciones y estructuras, eso es lo que permite entender en profundidad el fenómeno, permitiendo alejarse de visiones normativistas que a primera vista, hubieran juzgado a los y las profesionales, condenándolos sin abordar la problemática más que a nivel superficial (p. 114).

Comentarios finales

El objetivo de este capítulo fue llevar a cabo un análisis interpretativo de las experiencias de las mujeres que han recibido atención en un contexto hospitalario durante el embarazo, parto y puerperio, y señalan haber sido sujetas de violencia obstétrica. Para ello, se partió de una perspectiva que comprende a las experiencias de violencia obstétrica como resultado de un dispositivo compuesto por una red de factores culturales y estructurales que incluyen a la violencia estructural, la violencia de género y la cultura médica.

Respecto al primer elemento, que se refleja en una falta de acceso a la atención obstétrica digna y oportuna y en diversas formas de discriminación, es posible señalar que las integrantes de los distintos grupos que se configuraron para el análisis de datos experimentan el acceso a determinados tipos de atención médica de acuerdo con sus recursos, pero también a partir de coyunturas particulares, como el que los servicios obstétricos les hayan sido negados en una institución y se vean en la necesidad de acudir a otra, aunque esto represente una importante afectación a su economía.

Así mismo, cabe destacar que en la selección del tipo de atención que van a recibir las mujeres pueden influir factores monetarios y extramonetarios, como el que algunos de los elementos que pretenden incluir en sus partos -por ejemplo, el apoyo de una doula- no resulten compatibles con las opciones que les da el tipo de servicio al que están afiliadas. De igual manera, quienes aparentemente cuentan con mayores recursos económicos, no siempre ven satisfechas sus expectativas en este renglón, como cuando no pagan los servicios de salud directamente de su bolsillo, sino que acceden a estos

mediante un seguro de gastos médicos y se encuentran con algunas limitantes como las pocas opciones de profesionales de la salud con quienes se pueden atender.

Se suma a las formas de violencia ya examinadas, un aspecto más que afecta a sujetos en específico a partir de sus características identitarias: la experiencia de discriminación, la cual tiene que ver con una operación donde se separa y jerarquiza a los ‘otros’ con diferencias marcadas a partir de lo cual se les juzga como indeseables para interactuar. Así, es posible afirmar que las mujeres indígenas percibieron un mayor rechazo como sujetas dignas de diálogo puesto que se consideró que no tenían los saberes necesarios para entablarlo; así mismo se descalificaron sus saberes prácticos por no coincidir con lo que se espera desde la cultura occidental, por ejemplo, en el caso de Sabina, quien fue juzgada duramente por una enfermera al no haberse realizado una tricotomía antes de ingresar al hospital.

Las mujeres con sobrepeso son otro blanco de discriminación importante; en algunos casos puede pensarse que los comentarios -aunque están fuera de lugar principalmente por su forma- tienen un sustento, puesto que están basados en las complicadas condiciones de trabajo de los camilleros, como ocurrió en el caso de Lizeth, pero en otros resultan injustificables, dado que más que basarse en una genuina preocupación por el estado de salud de las pacientes por parte del personal médico, surgen del simple disgusto que la apariencia física de estas les provocan, como sucedió con Lucía. Por otra parte, una de las manifestaciones de la discriminación más interesantes para el análisis es el edadismo, ya que la práctica discriminatoria no surge únicamente a partir de determinadas características, sino que dos extremos opuestos -ser muy joven o vieja para ser madre-, pueden ser utilizados como motivo para ello.

Algo notable en el examen de las formas de discriminación presentes en la atención obstétrica brindada en las instituciones de salud de Tijuana, es que este es uno de los aspectos en que se presenta de forma más clara la clase como un elemento que determina la posibilidad de experimentar discriminación. Esto se ve reflejado en el hecho de que en las narrativas analizadas fueron las mujeres de los grupos A y B quienes reportaron haber vivido este tipo de problemática, mientras que ninguna de las informantes del grupo C señaló haberla experimentado. Así, pues, vemos que no solo el

acceso a la atención es inequitativo, sino que una vez que este acceso se consigue, la atención y el trato también son recibidos de forma desigual a partir de las características identitarias de las mujeres que son vistas como inferiores.

Aunque metodológicamente se realizó una clasificación en tres grupos de acuerdo con el tipo de servicios a los que las mujeres pudieron acceder en determinado momento y en el que experimentaron violencia obstétrica, cabe señalar que su capacidad de acceso ha sido variable durante sus trayectorias de vida y el haber experimentado distintos tipos de atención es algo que contribuye a que las mujeres enriquezcan sus trayectorias de aprendizaje en el proceso de volver a convertirse en madres. Así mismo, cabe decir que este tipo de violencia no puede ser estudiada de forma determinista, sino que tiene sus matices, pues algunos casos en los que la mujer aparenta tener pocos recursos para la acción, debido a que pertenece a un estrato socioeconómico bajo, nos sorprende al ejercer su agencia de manera oportuna, y otros marcadores identitarios, como la pertenencia étnica y la discriminación que esta ha conllevado, pueden ser un elemento que ayude a activar el sentido de urgencia para confiar en sus propios saberes y actuar, como ocurrió en el caso del segundo parto de Fidelia, del grupo A, y el primero de Daisy, del grupo B.

La segunda dimensión a través de la que se analizaron las experiencias de las mujeres fue la violencia de género, a la cual se vinculó con el conflicto que se presenta entre el poder obstétrico y el cuerpo reproductor, así como el intento del primero por volver dócil al segundo, a través de distintas tecnologías, entre las que requiere un lugar especial la violencia psicológica, que se ejerce como una forma de reafirmar los mandatos de género tradicionales.

Como señalé ya dentro del cuerpo del capítulo, el ingreso a la sala de parto es un momento donde el poder obstétrico se despliega con contundencia, pues se ponen en juego una serie de prácticas que despojan a las parturientas de formas de expresión de sus identidades particulares al homogeneizarlas y convertirlas en pacientes mediante el uso de uniformes y realizarles intervenciones en algunas ocasiones rutinarias como la tricotomía, el enema, el suministro de oxitocina o la episiotomía. Se consigue disciplinar al cuerpo gestante también mediante diversas restricciones como la prohibición de la movilidad y de la ingesta de alimento, aunque como se verá en el siguiente capítulo, esto

no ocurre sin que algunas de las mujeres opongan resistencia a ello a través de tácticas y estrategias.

Así mismo, en este proceso, el papel de la violencia psicológica, en particular de aquella con tintes sexistas, funciona como un mecanismo que refuerza la docilidad de las mujeres, al culpabilizarlas de la situación en la que se encuentran y permitir que el personal de salud se deslinde de la obligación de ser empáticos y humanos en su trato con las pacientes, facilitando que se les desacredite como sujetos que sufren. Esto, sin embargo, no implica que el esfuerzo de disciplinamiento de los cuerpos funcione completamente, pues buena parte de las informantes fueron conscientes en su momento de los malos tratos y vejaciones de los que estaban siendo sujetas, en los casos que fue posible actuaron o, como mínimo, externaron su malestar.

El tercer eje, la cultura médica se manifiesta a través de experiencias de inducción del miedo, patologización y medicación excesiva, y relaciones de saber/poder entre el personal de salud, que si bien en algunas ocasiones están plagadas de malos tratos que se ven justificados por la desigualdad en este vínculo, en otras se caracterizan por romper con esto y tratar a las pacientes con humanidad, con lo que algunos miembros del personal de salud se convierten en aliados.

Dado que en la relación médico-paciente, la figura del primero está respaldado por la hegemonía que la medicina ha adquirido históricamente sobre otros saberes, esto le permite ejercer el poder de una forma que implica menores restricciones que como lo hacen otros sujetos, en este caso las mujeres gestantes, cuyos saberes sobre sus cuerpos se ven limitados al estar desautorizados y resultar poco confiables incluso para sí mismas. Esto conlleva que -particularmente en la práctica privada- las mujeres resulten susceptibles de una inducción del miedo que las lleva a ceder ante las presiones de su prestador de salud, quien detenta el papel de poseedor de la verdad.

Aunque considero que una parte de esta ecuación tiene que ver con el carácter capitalista de la práctica médica, también es necesario analizar el problema con una perspectiva que tome en cuenta lo relacional y se pregunte por qué en algunos casos inclusive las mujeres más preparadas no llegan a ser consideradas sujetas dignas de diálogo, o si esto en realidad no es así y la imposibilidad de alcanzar una comunicación

efectiva es lo que lleva a que se construya la desconfianza y la sospecha de cuestiones como las cesáreas innecesarias.

Desde el ingreso al área de tococirugía las mujeres son sujetas de una serie de rutinas de medicalización y patologización como el rasurado genital o la aplicación de enemas o de sustancias que aceleran el parto. A esto se agregan procedimientos que son llevados a cabo en múltiples ocasiones y por distintas personas, algunos de ellos personal aún en formación, como ocurre con los tactos, lo que lleva a señalar que tanto estos últimos como las rutinas apuntadas tienen como fin satisfacer las necesidades del hospital como institución educativa, más que las de las pacientes. Así mismo, diversas prácticas llevadas a cabo por el personal de salud responden al deseo de este de moverse dentro de un área segura que no cuestione o desafíe sus saberes y habilidades, es decir, de ejercer una medicina a la defensiva.

Aunque en este trabajo me centro en la cara más negativa de la práctica obstétrica, ya que me parece indispensable seguir visibilizándola hasta su erradicación, esto no significa que sea ciega a que las experiencias de las mujeres no son solo de este tipo. Inclusive en los casos específicos en que las informantes experimentaron violencia obstétrica, algunos miembros del personal de salud cumplieron un papel de aliados y las ayudaron a alcanzar sus objetivos al desempeñar un rol empático con sus necesidades particulares, lo que nos habla no solo de que existen profesionales que se encuentran más cercanos a las posturas que defienden el parto humanizado, sino a que siempre han existido agentes con una mayor convicción en el ejercicio de su profesión y capacidad de compasión que otros dentro del área. Esto además permite observar que el espacio institucional es un campo donde se disputan significados y hay objetos en juego.

A manera de cierre, es importante recordar que aquí se ha buscado comprender a las experiencias de violencia obstétrica como resultado de un dispositivo, el poder obstétrico, en el que se entrelazan diversos elementos en forma de red, y la parte visible e inmediata de estas experiencias es parte de un continuo y únicamente un fragmento de una problemática más grande, que es el conjunto de violencias de tipo cultural, cuyo papel es legitimar y justificar el estado actual de las cosas en la atención obstétrica, y de

tipo estructural, que reflejan el estado de desigualdad e injusticia que caracterizan a una sociedad.

CAPÍTULO 5. “FUE CUANDO CAÍ EN LA CUENTA Y DECIDÍ HACER LAS COSAS DIFERENTE”: DESCOLONIZACIÓN DEL ÚTERO Y TRAYECTORIAS DE APRENDIZAJE

El objetivo del presente capítulo es examinar las distintas formas de agencia puestas en práctica por las mujeres con el fin de enfrentarse a sus experiencias de violencia obstétrica a nivel individual y colectivo, así como describir la forma en que llegan a desarrollarse trayectorias de aprendizaje en torno a la gestación y el nacimiento. Por ello, parto de la idea de que las mujeres gestantes no solo reproducen y aceptan las prácticas hegemónicas que componen a la medicina obstétrica, las cuales pueden verse traducidas en violencia obstétrica, sino que muchas veces intentan resistirse a ellas y subvertirlas a través de diversas líneas de acción que pueden llegar o no a ser exitosas. En ese sentido, considero que la agencia de las mujeres en la lucha contra la violencia puede ocurrir en el nivel individual o colectivo y es en el cruce entre estas dos experiencias que ellas llegan a desarrollar trayectorias de aprendizaje que les permiten ejercer más o mejores recursos en cada uno de sus sucesivos procesos gestacionales. Esto, además se vincula con el cuarto elemento que interviene en la configuración de la violencia obstétrica: la cultura de derechos y el conocimiento que de esta se tenga.

Con el fin de cumplir con este propósito, el capítulo está organizado en tres secciones. La primera de ellas analiza las distintas maneras en que las mujeres se enfrentan a la violencia obstétrica experimentada en los hospitales; para realizar este análisis se establecieron cuatro categorías: 1) el desconocimiento, 2) la conciencia pasiva, 3) la táctica y 4) la estrategia. Las primeras dos están relacionadas con la violencia simbólica, ya que la primera surge por el carácter invisible o insensible de la violencia obstétrica, es decir, por la falta de conocimiento de que se está siendo víctima de una violación de derechos, mientras que la segunda tiene que ver con el reconocimiento y el sentimiento, pues, aunque las gestantes toman conciencia de que están siendo violentadas no alcanzan a actuar. El resto de las categorías, a diferencia de las primeras, se traducen en acción, sin embargo, mientras que a las estrategias las entiendo como una forma de agencia fuerte y calculada, que se da de manera frontal y directa, las tácticas se ejercen

como una forma de manipular y desviar las circunstancias cuando se es consciente de que el balance de fuerzas no está a favor de sí mismo.

En el segundo apartado se desarrolla el concepto de trayectoria de aprendizaje, el cual resulta útil ya que deja ver que la agencia se va desplegando y enriqueciendo a través del tiempo y de las experiencias de gestación -y también de violencia- a las que las mujeres se enfrentan. Esto además permite afirmar que las formas de reaccionar ante la violencia obstétrica no son invariables ni están únicamente determinadas por cuestiones como la identidad o pertenencias de los sujetos, sino que tienen que ver con las relaciones que establecen con otros colectivos y su encuentro con saberes alternativos como la partería o el parto respetado/humanizado, entre otros.

En la última parte se examina el papel que juegan distintos grupos y movimientos en la lucha contra la violencia obstétrica, a través de propuestas que buscan combatirla directamente o que plantean otras formas de parir, como el parto en casa o el parto humanizado/respetado, todos los cuales considero que desencadenan en la búsqueda de un empoderamiento de la mujer sobre su cuerpo y los actos de gestar y parir. Para ello, se analizan como casos de estudio el trabajo de una asociación civil, la Alianza por la Atención Gineco-Obstétrica Digna; del grupo de *Facebook* llamado “Parto humanizado/respetado en Baja California”, y del movimiento de doulas y parteras en la ciudad. Finalmente, se presentan algunos comentarios de cierre respecto a los tres temas indagados en el capítulo.

5.1. Las formas de agencia individual: del desconocimiento a la estrategia

5.1.1. Desconocimiento

Autores como Castro y Erviti (2003) y Sadler (2004) hablan de mecanismos mediante los que opera la violación de derechos de las mujeres durante el parto o la cesárea. Al respecto ellos coinciden en que las mujeres internalizan las normas impuestas como naturales por la medicina. Más específicamente, los primeros dos autores señalan que existen dos mecanismos que operan desde las propias mujeres para crear ambientes

propicios para el maltrato, el primero de ellos es la “naturalización de los atropellos”, en la que se tiene una actitud poco crítica que se advierte a través de expresiones mediante las que ellas buscan justificar como lógicos y naturales ciertos abusos por parte de los médicos. El segundo mecanismo es la socialización e internalización de “normas”, “juicios” y “permisos”, que se presenta cuando las mujeres emplean el discurso del mismo personal médico para valorar o juzgar su propia conducta, la cual es calificada negativamente cuando no “cooperan” o se “portan bien”.

En esta misma línea de ideas, es posible decir que estos mecanismos -junto con el hecho de que la medicina es una disciplina especializada, cuyo conocimiento se encuentra restringido a unos pocos individuos y a que tampoco contamos en nuestro país con una plena y difundida cultura de derechos- pueden llevar a que en situaciones en que las gestantes están siendo vulneradas ellas lo desconozcan. Dado que la muestra con la que trabajé estuvo conformada por informantes que al momento de las entrevistas eran conscientes de haber experimentado malos tratos por parte del personal de salud o consideraban haber sido sujetas de intervenciones innecesarias, fueron pocos los casos detectados en los que las mujeres me compartieron situaciones en las que fueron sujetas de violencia sin darse cuenta de ello, aun cuando sus narrativas no estuvieron centradas únicamente en la violencia obstétrica vivida, sino que refirieron todas sus experiencias de embarazo, parto y puerperio.

Uno de los casos en los que las participantes en la investigación experimentaron violencia sin tener plena conciencia de ello es el de Julia, del grupo A, a quien en el hospital de ISESALUD le realizaron una maniobra de Kristeller que le dejó dos costillas rotas, aunque ella no se enteró sino hasta mucho tiempo después durante una revisión con un médico particular:

De repente pasó [el médico] y me dijo “a ver, te voy a pasar a la plancha y si no pujas bien, te voy a regresar pa’ttras, porque si no pujas te voy a regresar”. Fue el médico que estaba, pues el que se supone que me alivió. El sí era médico, el otro, el que te digo que era pasante, cuando me pasaron y eso, yo pujaba, pero por más que pujaba, pues no, mi bebé no salía, ¿verdad? No bajaba, se subía. Yo no recuerdo cuando me acostó en la camilla y solo yo miraba sus pies, nomás miré cuando puso su mano en mi panza y solo miré que levantó el pie y se me dejó caer, entonces pues fue un sofocón. Pero el sofocón, por un lado, si oí que tronó algo, claro, pero... al sentir el sofocón, salió la cabeza de mi bebé (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

En este caso se puede ver que, aunque Julia se percató de que ocurría algo extraño -el sofocón y el tronido que menciona-, en ese momento no tiene un conocimiento claro de por qué sucedió esto. Además, el hecho de que la maniobra haya resultado en el nacimiento de su hijo atenúa la preocupación que pudo haber sentido en ese instante y evita que se interese por indagar sobre la situación. Es decir, en este contexto se conjugan el desconocimiento de la práctica inadecuada de la que estaba siendo sujeta y el ejercicio del mandato social de la abnegación materna, que lleva a que nada sea más importante que el nacimiento del bebé.

Un segundo ejemplo es el de Nancy, del grupo B, a quien mientras esperaba para que se le realizara una cesárea en una clínica del IMSS llegaron a aplicarle un enema. Aunque ella lo creía innecesario debido a que se le había mencionado que su parto no iba a ser natural, su única opción fue someterse a las indicaciones del personal de salud ante la incertidumbre de los procedimientos que debían de ser llevados a cabo sobre su cuerpo:

Nancy: A las 10:00 ya estaba ahí con bata y todo. Como a las 10:00, 10:30 me acostaron ya en cama, me dijeron que ahí me iban a poner mientras, si me daba algún dolor para poderme meter a hacerme la cesárea. No sé qué pasó o hubo cambios, no sé si eran practicantes los que en primera instancia me recibieron, pero llegan otros jóvenes y me dicen “le vamos a hacer un lavado”.

Ester: ¿Un enema?

Nancy: Como si fuera a ser natural, entonces yo le comenté, es que a mí me dijeron que va a ser cesárea, “no, en serio, es que te tenemos que hacer el lavado”, yo desconocía en el momento lo que me tenían que hacer, me hicieron el lavado y me pusieron un suero para calmarme los dolores, entonces yo le comenté para llamarle a la doctora, y le dije “pero es que a mí me dijeron que se me estaba pasando el tiempo y que ya no podían esperar a que me dieran los dolores porque era peligroso para mi niña”, “no, es que te vamos a poner el suero y vamos a intentarlo natural”.

En esta situación el desconocimiento o incertidumbre respecto a si el procedimiento era necesario o no surge tanto del hecho de que a pesar de que a Nancy se le había dado una información, posteriormente la decisión por parte del personal médico cambió, además de que en ningún momento se le explicó cuál era el fin de que se le aplicara el enema, es decir, aquí hizo falta que se estableciera una comunicación asertiva y oportuna entre médico y paciente, puesto que el no hacerlo así provoca incertidumbre y en algunos casos desconfianza y sospechas. Finalmente, es importante recordar que el

desconocimiento es una parte esencial mediante la que se da la violencia simbólica y es posible que las instituciones y sus prácticas se sigan reproduciendo sin llegar a ser cuestionadas.

5.1.2. Conciencia pasiva

Un paso adelante del desconocimiento se da cuando los sujetos toman conciencia de que sus derechos están siendo violados. Esto, sin embargo, no siempre resulta en acciones frontales que busquen desafiar el *statu quo* y tal hecho puede deberse a dos cuestiones señaladas por Bourdieu (2000) en su definición de violencia simbólica: el reconocimiento y el sentimiento. Aquí cabe mencionar que el reconocimiento no solo lo entendemos como una forma de identificación por parte de los dominados con los dominadores, en la que se admite la superioridad de los discursos y prácticas médicas por encima de los saberes propios, sino también como la aceptación de que existe una situación asimétrica difícil de ser subvertida debido a la manera en que están estructuradas las instituciones.

El sentimiento, por otra parte, juega un rol central en la toma de decisiones de las gestantes, puesto que el estado de vulnerabilidad particular que caracteriza a los procesos de embarazo, parto y puerperio se ve traducido principalmente en emociones como el miedo, el nerviosismo y el enojo. Otro motivo para permanecer en la pasividad a pesar de ser consciente de los malos tratos experimentados es el desconocimiento, ya no respecto a estar siendo violentada, sino a las líneas de acción posibles mediante las cuales defenderse de la violencia o denunciarla cuando ya ha ocurrido, en otras palabras, esto tiene que ver con la ausencia de una cultura de derechos entre nuestra ciudadanía.

Los hallazgos de esta tesis permitieron observar que casi todas las informantes se vieron envueltas en alguna situación en la que ellas se daban cuenta de que la forma en que estaban siendo tratadas no era correcta -ya sea debido a que experimentaron maltratos, abandono o una medicalización excesiva- pero decidieron mantenerse pasivas debido a alguna de las razones descritas arriba. Un ejemplo del primer caso, el reconocimiento, es el de Jimena, del grupo B, quien explica que las situaciones en las que ella se mantuvo pasiva se debieron a que confiaba en el criterio de los médicos, al ser

ellos quienes poseían el conocimiento, mientras que ella se encontraba desposeída de este, puesto que se trataba de su primera experiencia de embarazo:

Jamás me explicaron nada de por qué me hacían esto o qué iba a pasar, nada, nada, nada. Y pues yo, al ser también mi primer embarazo decía “pues lo que me digan los médicos, pues ellos saben”, ¿no? Y... ya después fue que me empezaron a decir “es que eso que pasó no está bien, pusieron en riesgo tu vida, pusieron en riesgo la vida de tu bebé, no te decían nada. Eso no está bien, los puedes demandar por eso” y, pues yo ya dije “yo ya no quiero saber nada de ese lugar, no quiero volver a pasar eso”. Entonces ya nunca hice nada, la verdad, sí me decían muchas personas que “demanda”. Y yo “no, yo ya solo quiero quedarme con mi bebé” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Como fue mencionado atrás, Julia, del grupo A, fue sujeta de una maniobra de Kristeller que le trajo como consecuencia dos costillas rotas, mientras que Nancy -del grupo B- resultó lastimada debido a una caída y al abandono en que se encontró durante la etapa de puerperio en el hospital. En ambos casos ellas decidieron no hacer más, ya que consideraron que no se le prestaría atención a su reclamo por parte de las instituciones:

Ester: ¿Y ya cuando se enteró, no se le ocurrió poner una queja o algo?

Julia: No, pues es que ya había pasado mucho tiempo, ya qué caso me podían hacer. Entonces pues no, ya no hice nada. No podía hacer nada, pues ya habían soldado, habían soldado mal [las costillas]. Y realmente es que como ya había pasado tanto tiempo, pues, ¿qué es lo que piensas? “si no me hicieron caso en ese instante, pues ahora menos”. Entonces pues no, al último ya, así quedó (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Ester: Me dices que te dijeron que demandaras, ¿Quién te decía que demandaras? ¿Y exactamente por qué?

Nancy: Fue dentro de mi colonia, una persona que también sus familiares consideran que fue negligencia, porque entró con una situación y que ya adentro tuvo otra complicación y no le fue muy bien a la persona, entonces la verdad yo desconozco, ya no la seguí viendo, si esta persona demandó, pero a mí me dijeron que fue negligencia, o sea “pudiste haber pasado algo con el bebé en el lapso que estuviste ahí sin recibir atención”. Entonces me decían que ahí era por esa situación que yo podía demandar y otra porque estuve sola cuando tuve el desmayo y posterior a la hemorragia fue el guardia que me levantó, entonces me dicen que esas dos situaciones eran buen argumento para demandar, yo no quise investigar, yo le dije a mi mamá “ya mi hija está bien, yo estoy bien, yo no quiero situaciones”. Y luego ya pues yo no estaba confiada a que procedieran (Entrevista, Nancy, grupo B, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

En los tres casos presentados hasta este punto, es posible corroborar que las representaciones de las ciudadanas sobre los mecanismos de exigibilidad de sus derechos coinciden con lo señalado por Meza y colaboradores (2015), en el sentido de su poca efectividad en el corto plazo, lo cual nos habla de la desconfianza que se tiene en las instituciones del Estado y en su interés por impartir justicia cuando se llevan a cabo violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Parte de esto se origina en el desconocimiento respecto a los mecanismos mediante los que las usuarias de salud pueden enfrentarse a la violencia obstétrica; esto es lo que narran Fidelia y Sabina, ambas mujeres indígenas del grupo A, quienes explican que identificaban malos tratos, sin embargo, ignoraban cómo conducirse para evitarlos:

Ester: A usted, por ejemplo, en las consultas, ¿le tocó que la trataran mal, que le contestaran feo?

Fidelia: No, pero les haces la pregunta y te contestaban bien tajante pues, “¿pero va a ser normal?”, “¡ay, señora, pues ya a la hora del parto ahí se sabrá!”. Pero en aquel tiempo también no nos sabíamos defender, “no, pues nomás yo quiero saber” le dije, “pues ¿cómo tuvo su primer bebé? ¿normal o cesárea?”, “pues normal”, “¡pues lo mismo, lo mismo!”, y ya salía, así como que toda así...yo digo pues así trataron a todas, así tratan... (Entrevista, Fidelia, grupo A, Tijuana, 17 de julio de 2018).

Ester: ¿En algún momento se le ocurrió poner alguna queja o algo?

Sabina: No, porque te digo que no sabía nada. O sea, ahorita si voy y que me digan “ay, te voy a hacer tacto” y me pasan unos pasantes, yo me paro y me voy, como pueda, como sea, aunque me caiga, me bajo y me voy, realmente no voy a estar ahí (Entrevista, Sabina, grupo A, Tijuana, 29 de junio de 2018).

Esto remite a lo que señalan diversos autores respecto a la existencia de una triple discriminación que afecta específicamente a determinados grupos de personas. Villanueva-Egan (2000) explica la presencia de la triple discriminación en el fenómeno de la violencia obstétrica, mencionando que sus víctimas lo son “por ser mujeres, por ser pobres y por su ignorancia ante el saber «científico»” (p.149). Por otra parte, Iñiguez (2013) describe a este fenómeno de una forma distinta: “por ser mujer, por ser pobre y por ser indígenas”.

Este último aspecto resulta importante ya que, como señala Belli (2013), en el caso de las mujeres pertenecientes a diferentes etnias y grupos culturales la vulneración a sus derechos es aún más notoria; en México, por ejemplo, cuatro de cada cinco mujeres

indígenas que requieren atención médica durante el embarazo sufren violencia obstétrica (Redacción Proceso, 2014), sin embargo, como hemos visto, no cuentan con los saberes y las herramientas necesarias para afrontarla.

El sentimiento es uno de los elementos más importantes y centrales que determinan las lógicas de acción de las mujeres. Un análisis de las emociones que más se mencionan en las narrativas de las informantes permite afirmar que el miedo es dominante en sus experiencias y este es seguido por el nerviosismo y el enojo, emociones que muchas veces van acompañadas de la necesidad de romper en llanto, como ocurrió en el caso de Brisa, del grupo B:

No sé en qué cabeza traía esa doctora porque... yo pensé que no era doctora, solo porque vi que traía la bata parecía doctora, venía en tacones, como si andaba de fiesta. Y ya después, ya me dijo “bueno, acuéstate, te voy a revisar”, y no, así como que, de mala gana, “acuéstate ahí y ahorita te reviso” y ahí me empezó a revisar y me dijo “no”, pero sí sentí que me lastimó, porque fue como muy brusca. Y ya me dijo “párate ya”, y... yo, así como que no podía con los dolores y le dije “permítame, traigo el dolor”, y me dijo “pues apúrate, no me vayas a manchar la... el papel”. Y yo “no puedo creerlo”, con el dolor que traía, no tenía ganas ni de alegar, ni de pelear, ni nada. Me levanté, ya me paré y me dice “no, pues sí traes dilatación, pero pues es normal, eso sucede, pero no, todavía te faltan como mínimo unas dos semanas” y yo “pero es que el doctor me dijo que...” y ella “no, muchos se equivocan, muchos se equivocan -dice- y todavía te faltan unas dos semanas. Vete a tu casa, haz lo que siempre haces normalmente, no te preocupes” y le digo “pero es que traigo los dolores” y me dijo “no, ¿tú qué sabes de dolores si tu bebé anterior fue una cesárea? Tú no sabes de dolores”. Y yo, así como de “no puedo creer lo que me decía”. Tenía ganas de llorar, pero no sé, como que me aguanté y me acuerdo que fui... (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

Esto es explicado por Bourdieu (2000) cuando desarrolla su propuesta sobre la violencia simbólica y señala que la dominación puede adoptar la forma de emociones corporales, pasiones y sentimientos que se vuelven visibles y son difíciles de anular:

Los actos de conocimiento y de reconocimiento prácticos de la frontera mágica entre los dominadores y los dominados que la magia del poder simbólico desencadena, y gracias a las cuales los dominados contribuyen, unas veces sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de emociones corporales -vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de sentimientos -amor, admiración, respeto-; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo y como de mala gana, a la opinión dominante, y manera también de experimentar, a veces en el conflicto interior y el desacuerdo con uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las

directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales (p. 55).

En el caso de Tita, del grupo C, quien considera que la cesárea mediante la que su hija llegó al mundo era innecesaria, se refleja lo que menciona Bourdieu en la última parte de este párrafo, el sometimiento puede darse a pesar de uno mismo, de mala gana y manteniendo un conflicto interior, en esta situación específica debido a que ella había estado leyendo, preparándose e intentando dialogar con su ginecólogo, sin sentir que lo conseguía:

Ya había leído, y le dije y todo eso y en un momento me dijo “es que lees demasiado”, por eso te digo que siento que fue muy sutil, pero no dejó de... finalmente logró el objetivo de sembrarme miedo y yo conscientemente tomé la decisión de seguir con ese médico, yo sé que no estaba atrapada, pero sí (Entrevista, Tita, Grupo C, Tijuana, 20 de febrero de 2018).

Una narración repleta de descripciones de emociones intensas como el miedo y la ansiedad es la de Lizeth, del grupo A, quien -como mencioné en el capítulo anterior- es una mujer con estudios profesionales que decidió tener su parto en el Hospital General (ISESALUD). En su relato es posible ver que, durante sus diversas interacciones con el personal de salud, su intuición la hacía sospechar que había algo mal en el diagnóstico de preeclampsia que le habían dado y esto la instaba a marcharse del nosocomio, aunque no lo hizo así. Su estadía en esta institución de salud se tornó cada vez más dura y con ello las emociones corporales, pasiones y sentimientos comenzaron a hacerse presentes a través del sudor de manos, el nudo en la garganta, la imposibilidad de responder, la vergüenza y las lágrimas:

Y entonces dijo la ginecóloga “Sí, se queda”, y yo “no, no me quiero quedar, ¿de verdad tengo tres?, para tres de dilatación yo no he sentido absolutamente nada -dije- ¿de verdad me tengo que quedar?”, y me dijo “es tu responsabilidad, si tú te quieres ir, vete, pero aquí te voy a tener a las dos horas por qué vas a venir convulsionando o sangrando o vas a venir con muerte fetal porque -me dijo- si tú te vas, lo que va a pasar es que tu presión, por culpa de tu obesidad, va a matar a tu bebé, le va a empezar a dejar de fluir el oxígeno por que la presión alta lo que hace es que...”, ahí yo dejé de escuchar y dije “no puede ser, me quiero ir” y ya nada más en mi cabeza yo escuchaba mi propia voz “me quiero ir”. No me dejaban de sudar las manos, entonces le dije, pero que, si había alguna opción, me dijo “no, ya te vas a quedar, te vamos a inducir el parto para ver si puede tu bebé

nacer y si no, hacer todo lo posible para hacer que esté bien, o ¿quieres que tu bebé se muera?”. Entonces se me hizo un nudo en la garganta y ni siquiera podía contestarle. Entonces le dije “está bien”, porque no quería que nada le pasara a mi bebé (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Y bueno, ya me sentaron en una camilla, una enfermera intentó canalizarme y empezó a picar y destrozar las venas, intentaban por aquí, no me lo encontraban, nunca me lo encuentran en el antecodo, intentaron y me rompieron una vena, empezó a salir tanta sangre, así fluida, así goteando, yo separé las piernas y recargué mi codo en una rodilla para que goteara al piso y no manchar todo. Entonces le dije “siempre me canalizan por aquí”, “pues eso me hubieras dicho desde un principio”, y yo, “ayyy”, yo ya tenía miedo de decirles algo, porque yo no podía, yo tenía el nudo en la garganta, yo no podía decir ni opinar y no es porque yo como persona no lo haga en la vida, porque en el momento en el que yo estaba no me sentía fuerte como para decirles algo. Aparte yo en mi mente estaba pensando, pensando, pensando lo que estaba viviendo en ese momento (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Me dolió el rasgón y lloré, me habían roto la fuente de la manera más brutal, porque no me preguntaron, no me dijeron, no sé, yo me imaginaba que mínimo te tenían que decir lo que iba a pasar, cuando me rompieron la fuente ya yo estallé y lloraba y lloraba y lloraba, y me daba vergüenza que me vieran llorar. Nadie se acercó a ver qué estaba pasando, estaba yo como en una crisis emocional, yo deseaba que alguien hubiera llegado a acercarse y me hubiera dicho algo, pero no pasó nada (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Como señala Bourdieu (2000), es completamente ilusorio pensar que la violencia simbólica puede ser vencida exclusivamente mediante la conciencia y la voluntad, pues “los efectos y las condiciones de su eficacia están duraderamente inscritos en lo más íntimo de los cuerpos bajo forma de disposiciones” (p. 55). En el caso de quienes experimentan violencia obstétrica, aunque pueden haberse informado durante su embarazo y ser muy conscientes de las sensaciones y señales que emite su cuerpo, la dificultad para que intenten subvertir las condiciones a las que se enfrentan se debe a que la mayoría de las personas hemos sido socializadas para considerar al conocimiento médico como un saber superior y muchas veces incuestionable, y a su práctica como algo neutro y objetivo.

Así, para Sadler (2003), las mujeres asumen el conocimiento médico autorizado como el único adecuado para enfrentar el parto y su percepción subjetiva es invisibilizada, las mujeres se ven desprovistas de otros esquemas para percibir lo que están viviendo o, cuando cuentan con ellos, estos son “subsumidos bajo la supremacía del

paradigma hegemónico que goza del poder” (p. 144). Esto, sin embargo, es tan solo una de las respuestas que pueden presentarse ante la violencia obstétrica, la cual tiende -junto con el desconocimiento- hacia la inacción, mientras que la agencia puede entenderse como un espectro en el que en el sentido opuesto se encuentra la acción, en este caso clasificada en tácticas y estrategias, las cuales son analizadas en los siguientes dos apartados.

5.1.3. Tácticas

Las tácticas son la práctica de resistencia del débil. Aunque son una importante forma de acción como las estrategias, a diferencia de estas se ponen en práctica cuando se debe actuar a la defensiva y se busca un resultado inmediato en una situación en la que el balance de fuerzas no está a nuestro favor. Los caminos de la táctica consisten en desviar y manipular las circunstancias, son la salida “fácil” cuando no se cuenta con un espacio propio para la acción y es necesario maniobrar aprovechando las coyunturas y las fallas de las estructuras. En ese sentido, considero que el empleo de tácticas como forma de agencia requiere de una enorme creatividad en el uso de recursos limitados, lo que dificulta que estas se presenten durante los eventos de violencia obstétrica.

En esta investigación se encontró que el uso de tácticas en las experiencias de violencia vividas por las informantes está relacionado con dos situaciones específicas: cuando se tiene como objetivo ser dada de alta y salir del hospital y cuando se busca evitar la implantación de algún método de anticoncepción, circunstancias que pueden llegar a darse simultáneamente. Entre las tácticas empleadas por las mujeres se identificaron el mentir sobre el verdadero estado en que se encontraban, el aceptar que les fuera colocado el anticonceptivo, pero con miras a retirarlo en cuanto fuera posible y la sustracción de documentos del expediente clínico.

La primera de las tácticas enlistadas fue llevada a cabo por Julia, del grupo A, quien, en su tercer parto, ocurrido en un hospital de ISESALUD, se levantó para ir al sanitario, cayó desmayada y sufrió una hemorragia. A pesar de que ella aún no se había

recuperado por completo, la urgencia de ser dada de alta la llevó a afirmar que ya se sentía bien:

Perdí alrededor de dos litros [de sangre] en el transcurso que estuve ahí. Entonces cuando ya les tocaba darme de alta, no querían darme de alta si no me sentía bien, y yo decía “no, es que yo ya no quiero estar aquí”, y también me tocó mentir, esa es la verdad, porque yo les decía que me sentía bien para que me dejaran ir a mi casa, pero yo ya no aguantaba estar ahí (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

La segunda forma de acción fue puesta en práctica por Lizeth, también del grupo A, quien no deseaba colocarse ningún anticonceptivo, sin embargo, aceptó hacerlo debido a la presión por parte del personal de salud, pero con miras a retirárselo en cuanto le fuera posible, labor que llevó a cabo con una ginecóloga particular poco después de ser dada de alta:

Me sentaron ahí a esperar, firmé los papeles y me dijo “¿ya sabe que anticonceptivo va a usar después de que nazca su hijo?”, y le dije “no, ninguno”, “¿sabes que es una responsabilidad de tu parte?, firma aquí.” Me dio una hoja donde decía que me iban a poner el DIU. Así que naciendo mi hijo me lo iban a poner. Y yo pensé “pues estoy viniendo para tener mi primer hijo y ni siquiera había planeado si iba a querer un segundo”. Me dijo que tenía que firmar y le dije que no, que no lo quería y me dijo que era obligatorio y dije “bueno, luego veré cómo me lo quito”, como pasó (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Por último, Abigail, del grupo B, originalmente había solicitado que se le colocara el implante anticonceptivo en el brazo, pero tras mucha presión cedió para que le insertaran el DIU, sin embargo, al empezar a sentir dolores en el vientre y tras la sugerencia de una compañera de la sala de parto, decidió sustraer la hoja donde había firmado su consentimiento para ello:

Abigail: Cuando me empezó doler el vientre bajo, me dijo la del cuarto de al lado “¿así vas a dejar que te pongan el DIU?”

Ester: ¿Ese ya te lo iban a poner en ese mismo ratito?

Abigail: Sí, y no te dejan salir si no traes ningún método. Dice “yo que tú no me dejaba”, “pero ¿cómo? -le digo-, ya firmé la hoja. No, es que yo ya firmé la hoja, ahí está el expediente”, “quita la hoja”, y yo “¡nooo!” “quita la hoja”, y yo “no, es que ¿cómo le voy a hacer? O sea, sí la puedo quitar, pero obviamente tienen otro expediente allá, un respaldo”. Pues ¿qué crees? Me armé de valor y quité la hoja (Entrevista, Abigail, grupo B, Tijuana, 19 de febrero de 2018).

Algo que es interesante de las tácticas empleadas por las informantes es que algunas de ellas pueden llegar a ser consideradas acciones “moralmente reprochables”, chapuzas, ardides o trampas. Incluso Abigail inicialmente se mostraba vacilante para relatar esta parte de su experiencia y posteriormente compartió que tras haber sustraído el documento de su expediente y sido dada de alta estaba sumamente nerviosa de que el personal se fuera a dar cuenta y a hacerla volver al hospital para colocarle el anticonceptivo. Este carácter de astucia surge como un “último recurso” del débil, está determinado por la ausencia del poder. Dice De Certeau (2000), citando a von Clausewitz: “«Mientras más débiles son las fuerzas sometidas a la dirección estratégica, más capaz será ésta de astucias». Traduzco: más se transforma en táctica” (p. 44).

Finalmente, cabe recordar que una de las principales características de las tácticas es que su efectividad depende del tiempo y la habilidad para aprovecharse de las circunstancias y volverlas favorables para sí mismo. En ese sentido el éxito de la táctica empleada por Abigail tiene que ver con el momento específico en que fue implementada y el resultado pudo haber sido muy distinto de no haber aprovechado la coyuntura precisa para sacudir los cimientos del poder obstétrico a través de una jugarreta.

5.1.4. Estrategias

Las estrategias son los auténticos cimientos para alcanzar la descolonización del útero pues, al darse de frente, visibilizan que existen disputas por los significados respecto a cómo deben construirse los procesos de gestación y nacimiento, así como la concepción del cuerpo de la mujer y su autonomía. Funcionan como “artes de hacer” que en lugar de reproducir lo existente buscan transformarlo; en el caso del análisis de la violencia obstétrica, las estrategias desafían las asimetrías de poder existentes en la relación médico-paciente a través de micro-resistencias que poco a poco pueden ir influyendo, junto con la agencia colectiva, en la transformación de la práctica obstétrica.

Recordemos que De Certeau (2000) llama estrategia “al cálculo de relaciones de fuerzas que se vuelve posible a partir del momento en que un sujeto de voluntad y poder es susceptible de aislarse de un ambiente. La estrategia postula un lugar susceptible de

circunscribirse como un lugar propio y luego servir de base a un manejo de sus relaciones con una exterioridad distinta” (pp. XLIX-L). En este concepto se puede identificar que algunos de los aspectos más importantes para implementar una estrategia son:

1. Partir de un cálculo de las relaciones de fuerzas existentes.
2. El sujeto que la pone en juego es un sujeto de voluntad y poder.
3. Este sujeto cuenta con un lugar propio desde el cual implementar la acción.

Así, si seguimos la noción de que el ser una mujer embarazada, parturienta o puérpera representa vulnerabilidad y debilidad, y que las relaciones entre el personal de salud y las mujeres tienen un carácter inherentemente asimétrico, cabría pensar que la mayor parte de las estrategias se pondrán en práctica cuando se ha dejado tal estado y se cuenta con condiciones más favorables, es decir, ubicándose fuera de las instituciones de salud en las cuales se ha sido sujeta de violencia o en la etapa posterior al puerperio.

Sin embargo, aquí cabe cuestionarse ¿qué hace a un sujeto poderoso? Recordemos que, según Foucault (1998), el poder no se posee ni puede transmitirse, sino solo ejercerse, así que ¿quién decide cuando un sujeto es capaz de ejercer poder o no? Donde unos ven mujeres débiles, ellas pueden auto representarse como poderosas e intentar actuar en consecuencia, aun cuando los resultados de sus acciones sean fallidos.

En este sentido, considero que, aunque la mayor parte de las estrategias se dan fuera de las instituciones, también pueden darse dentro de ellas. Entre los hallazgos de esta tesis se ubicó una importante cantidad de estrategias puestas en juego por las informantes, las cuales clasifiqué en cuatro grandes grupos (figura 5.1):

1. Verbalización de las necesidades de apoyo por parte del personal de salud, de dudas y cuestionamientos respecto a las maniobras o procedimientos que se les están aplicando o sobre su utilidad, y de su oposición o descontento con estas o con el trato que están recibiendo.
2. Búsqueda de un cambio en el tipo de servicio que están recibiendo o el lugar en el que se están atendiendo, que puede ocurrir en una coyuntura en la que las gestantes se encuentran insatisfechas con la forma en que su ginecólogo maneja su embarazo o ante la negación de la atención oportuna en una institución pública,

- mientras que en otros casos se da en un embarazo posterior y tras haber desarrollado una trayectoria de aprendizaje a partir de sus primeras experiencias.
3. Presentación de una queja o denuncia, que en el contexto de este trabajo se dio mediante los mecanismos con los que cuenta el hospital y a través de redes sociales, aunque existen otros medios como las organizaciones de derechos humanos o instancias legales.
 4. Asistencia a sesiones de terapia psicológica, así como la creación o afiliación a grupos y redes de apoyo, ya sean físicas o virtuales.

Figura 5.1. Estrategias de las mujeres que experimentaron violencia obstétrica en hospitales de Tijuana



Fuente: Elaboración propia.

El primer tipo de estrategia fue implementado por casi todas las entrevistadas en algún momento u otro, sin embargo, como ya he mencionado otras veces en el texto, el intento de diálogo con el personal de salud la mayor parte de las veces no tuvo éxito. Por ejemplo, en los siguientes pasajes, relatados por Lucía, del grupo A, se muestran los sucesivos intentos mediante los que ella le hizo saber a uno de los médicos que la atendió en urgencias que la estaba lastimando, con el propósito de que este mejorara su trato, sin lograrlo:

Me hicieron el tacto, fue taaan horrible, llevaba dos de dilatación, pero haz de cuenta como si te quisieran meter toda la mano, yo le digo a la persona “me estás lastimando”, no me hace caso, me dice “es normal”, ok, me dijo “dos de dilatación, vete, descansa, y después vuelves” (Entrevista, Lucía, grupo A, Tijuana, 13 de marzo de 2018).

A las cinco de la tarde regreso otra vez, me vuelven a hacer el tacto, yo llevaba tres de dilatación, o sea que nomás había avanzado uno. Me vuelve a hacer la misma persona el tacto, le digo “oye, no estás tratando con animales, estoy toda adolorida, ya me lastimaste una vez”, “es que es algo de rutina”, “sí, pero con cuidado, ¿no?”, ok, me dijo “vete porque no podemos hacer nada por ti, porque no hay camillas y no te podemos atender” (Entrevista, Lucía, grupo A, Tijuana, 13 de marzo de 2018).

Primero me hizo la doctora, o sea, me lo hizo bien, no me lastimó, pero en el momento que él me volvió a agarrar, le hice “¡ay!”, le agarré la mano y le dije “es la tercera vez que tú me haces tan fuerte y la doctora no me está haciendo tan fuerte”, “es que es un proceso”, “no -le dije-, esto ya no es un proceso, tú me estás lastimando y me está doliendo”, “no, pues es que...”, “tú me hiciste a las dos y me hiciste a las cinco”, “no, te estás confundiendo”, “no, cómo voy a confundir a una persona que le estoy dice y dice y que no me está respondiendo”, le dije. “Aparte ni amable y no me estás atendiendo bien”, “ok, me dijo, no podemos hacer nada por ti, porque vienes todavía con dilatación de cuatro, necesito que te vayas” (Entrevista, Lucía, grupo A, Tijuana, 13 de marzo de 2018).

El caso de Lucía, del grupo A, y el manejo de sus posteriores partos inspira a pensar que ella se autodefine como un sujeto de poder, puesto que, aunque intentó muchas veces defenderse de los malos tratos de los que era sujeta alzando su voz sin obtener una respuesta positiva de sus interlocutores, ella siguió haciéndolo no solo en el transcurso de su primer parto sino durante el nacimiento de sus otras dos hijas, las cuales se dieron en el mismo hospital de ISESALUD. Dos casos en los que se obtuvo un mayor éxito fueron los de Jimena y Brisa, ambas del grupo B. La primera de ellas, quien vivió una intensa experiencia de violencia en el Seguro Social, que ha sido ya descrita en el capítulo anterior, no se conformó con intentar hablar con el personal de salud, sino que

ante la falta de escucha por parte de este ante sus necesidades, se retiró de la sala de parto y se dirigió con la trabajadora social, con lo que consiguió una mejoría en la atención que estaba recibiendo:

Fue cuando ya me empecé a sentir muy mal porque aparte de los dolores, empezaron a hacer esos comentarios y todo lo que ya había pasado, dije “ok, ya me estoy molestando muchísimo con esto”. Entonces las enfermeras se pusieron a estar platicando de la novela y yo le decía “enfermera, ¿no pueden hacer algo? Me siento muy mal, me duele muchísimo, me quiero levantar”, “no, no, no te puedes levantar”, “pero quiero ir al baño”, “¡nombre y luego menos al baño!”, yo “pero es que quiero ir al baño”, “¡no, no, no! A ver, ahorita te paso un cómodo”, ok, ya me pusieron el cómodo y ya hice. Luego me senté y me dijeron “no, acuéstate, acuéstate” y le digo “no, pero me quiero sentar, no puedo estar acostada, me duele”, dice “si no te acuestas, te vamos a amarrar”, “¿por qué?”. Y luego le dice la otra “¿y si le ponemos un tranquilizante?” y yo “no, o sea, estoy bien, estoy tranquila, tampoco es para que me seden, pero me quiero mover” y me dice “no, no, no, es que tienes que estar acostada”, “pero es que si me acuesto me duele mucho, me duele muchísimo la espalda. Estas camas están duras, están frías, necesito moverme”, “ya te dijimos que te vamos a amarrar”. Y después, este... eh... en eso, no recuerdo, creo que eran como las 8:00 cuando otra vez empecé, me empezó a dar muy, muy fuerte, eran como las 8:00 de la noche. Me levanté y dije “ay, no, me tengo que mover”, entonces me empezaron a jalonear, y yo dije “me tengo que mover”, “no, ¡que se acueste!”, me empezaron a jalonear y yo “¡no, no, no, no!”. Agarré el suero y me salí de la sala, y luego “ay, ¿a dónde va?”, “no, me siento mal”. Entonces fui a trabajo social y ahí estaba mi esposo y... mi esposo también estaba ahí reclamando porque a él no le habían dicho nada de mí, él no sabía qué había pasado conmigo, si ya había tenido al bebé, en dónde estaba, qué cama, nada, nada, nada. Entonces yo estaba ahí, ya estaba molesta y dije “es que yo ya me quiero ir de aquí” y, y ya, pues sale el jefe, ¿no? de medicina y dice “no”, ya me dice “a ver señora, ¿usted tiene para aliviarse en un privado?” y yo “no, no tengo para eso”, “entonces no la podemos dejar salir, a menos que vaya a un hospital privado ahorita no la podemos dejar salir”, “pero es que no quiero estar aquí -le digo-, no me están tratando bien, las enfermeras están siendo muy groseras, no me hacen caso, no quiero estar aquí”. Entonces me dice “ok, señora, lo que podemos hacer es que ahorita voy a hablar con las demás enfermeras y doctores para que la atiendan bien” y yo “ok, por favor, le agradecería mucho eso porque me siento muy mal” y ya fue, hizo una junta y hablo ahí con todo el personal y ya como que “ay...” (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Brisa, quien realizó estudios en comunicación, ya iba preparada para una situación de maltrato e iba determinada a que, si esta se presentaba, acudiría a los medios para dar a conocer lo ocurrido. De tal manera, cuando en el IMSS la amenazaron con no darla de alta si no permitía que le colocaran un anticonceptivo, aunque ya había expresado su negativa al respecto, ella contraatacó mencionando su plan y esto fue suficiente para que consiguiera su cometido:

Sí fueron muy insistentes, que hasta según el director fue y que no sé qué, que no me iban a dejar salir hasta que me lo pusiera [el DIU] y yo, así como que “no, si no, traigo a los medios y les digo que no me quieren dejar salir” y ya, de ahí fue que dije eso y ya no me dijeron nada, ya me dieron de alta, ya me dijo “ah, ¿ya está lista? porque ya vino su esposo por usted” y yo “ah, ¿ahora sí?, ¿ahora sí?” (Entrevista, Brisa, grupo B, Tijuana, 21 de febrero de 2018).

El cambio de tipo de atención ha sido una constante entre las entrevistadas, ya sea que tal estrategia se de a corto o a largo plazo. Ya he mencionado los casos de Fidelia y Daisy, quienes, al no ser atendidas oportunamente, tanto en ISESALUD como en el IMSS, acabaron por acudir a servicios particulares de bajo costo. Julia, del grupo A, también tuvo su segundo parto en una institución privada, aunque en el tercero debió volver a atenderse mediante el Seguro Popular debido a cuestiones de infraestructura que serían necesarias para su cesárea por una condición de salud que presentaba la bebé próxima a nacer.

Del grupo B, Jimena experimentó el nacimiento de su segunda hija como un parto en casa y Nancy parió en una clínica en Estados Unidos; mientras que, del último conjunto, Tula, que había vivido violencia al nacer sus primeros dos hijos, fue acompañada en su tercer parto por doulas y en el último se trató -al igual que Jimena- de un parto en su hogar atendida por partera. Al momento de la entrevista, Miranda se encontraba embarazada y estaba buscando opciones humanizadas/respetadas para el nacimiento.

Los casos de Jimena y Tula son tal vez de los más interesantes dentro de esta categoría ya que ellas llegaron a la opción de los partos alternativos tras haber tomado algunos cursos que las fueron acercando a estos modelos de nacimiento y encontraron en ellos una mayor flexibilidad que con la que se habían topado en el modelo médico tradicional, tanto en la cuestión de sus prácticas como en la económica:

Jimena: Y ya, hasta las 41 semanas fue que una tarde, a las 5:00, fue que empecé a tirar líquido y dije “ah, creo que ya vamos a empezar”, pero sí creo que fue una gran diferencia, porque empecé como a las 5:00 y hasta las 10:00 de la noche fue cuando empecé con los dolores, porque estaba todo relax, estaba comiendo, todo normal. Mi esposo medio nervioso de que “uy, ¿y ya viene la partera? ¿Y ya viene?”, y yo “ah, sí”.

Ester: O sea, él también se...

Jimena: Pues yo le contaba todo, pero por esta experiencia que habíamos tenido con mi hija anterior, pues él me decía “sí, yo quiero que tú te sientas bien, como tú te sientas, yo

lo apoyo, si tú te sientes bien, si tú crees que es mejor aquí en la casa, yo te apoyo, a mí me interesa que tú te sientas bien”. Entonces te digo, fue muy diferente, porque con la oxitocina artificial el dolor fue así ¡pum! de golpe, desperté así de “¡ah!”, gritando.

Ester: Además de que no te podías mover, eso sí nadie me ha dicho.

Jimena: Aja, y ahora no, fue como gradual, entonces eso me fue permitiendo sentir de “ah, ok”, tenía más conciencia y le decía a mi esposo “agárrame porque ahí viene otra” [contracción] y la iba sintiendo y ya, pasaba, pasaba. Aparte mi niña estaba en la casa.

Ester: ¿Cuánto tardó el parto en casa?

Jimena: Fueron 14 horas, pero... igual fue un parto largo, pero...

Ester: Pero allá [en el IMSS] te tuvieron tres días. Y con todo y químicos...

Jimena: Aja, sí, fue súper diferente acá. Tenía música, tenía velas, tenía todo super a gusto, me llevaban de comer a la cama, me daban en la boca [ríe], todo era como... super chiqueada, bien a gusto, te digo. Y pues estaba mi hija, que también era una de las cositas que me ponía nerviosa “¡ay! ¿dónde voy a dejar a mi hija?” y demás. Ella estaba ahí y ya había hablado de cómo era, le había mostrado videos y ella feliz de que iba a recibir a su hermanita. Entonces, te digo, fue, muy, muy, muy diferente. Sí, no me arrepiento [ríe] (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Pero entonces me encuentro a Xóchitl, cuando yo ya estoy como de siete meses, no sabía que era ella y pues platicamos. Me dice mi amiga “¿dónde vas a tener a tu bebé?”, ya le platiqué, le dije “es que quería partera, pero...”, ya me dice “yo soy Xóchitl”, entonces “¡Ay! ¡Hola, Xóchitl!”. Entonces hicimos trueque, le dimos una parte y la otra, todavía estamos en deuda, quedamos de pagarle con trabajo. Entonces sí es como muy accesible, no tuvimos que pagarle los mil dólares (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

El presentar una queja es una estrategia muy poco frecuente, de hecho, entre los 14 casos que aquí fueron analizados, solo una de las informantes, Sandra, del grupo A, llevó a cabo esta tarea, gracias a que conocía a alguien que trabajaba en el Seguro Popular y pudo guiarla para hacerlo:

Tengo un amigo que trabaja en lo del Seguro Popular, entonces él me dijo que fuera con cierto doctor, pero de los que están afuera en lo del Seguro Popular, que son los gestores. Y este... y me dijo “pero vas con este doctor, no vayas con... la otra se llama Nubia” y este... y de hecho, el doctor me pasó a la doctora para que me explicara cómo se hacía y sí me dijo “es que ese procedimiento así es, es doloroso”, “no, es que a mí no me vas a decir cómo es, si a mí ya me hicieron un legrado y de hecho, me lo hicieron aquí”, y ya le dije cómo me durmieron “no, pues qué raro...” [...] Todas las quejas se van a Mexicali. Me dijo que cada quince días van y revisan los buzones de quejas, porque dice que en cada piso hay un buzón de quejas, esas quejas las revisan, las traspasan y se van derecho para Mexicali. Y de Mexicali ya vienen ahora sí aquí al hospital con el director del hospital. Le dije yo “pues yo ya puse mi queja, ya ustedes”, porque él dijo que no me llaman, nada más ya se va y entonces ahí a tomar medidas (Entrevista, Sandra, grupo A, Tijuana, 31 de marzo de 2018).

En el testimonio de Sandra podemos ver que la falta de confianza en las instituciones que caracteriza a la población mexicana se ve reforzada por la ausencia de transparencia en los procesos que toman los mecanismos de exigibilidad en ellas. En otras palabras, resulta necesario ser consciente de que las transformaciones de las instituciones se dan de forma lenta y gradual y muchas veces nuestra contribución a estos cambios pasará desapercibida y no representará ningún beneficio para nosotros mismos de manera inmediata, sin embargo, sigue siendo necesaria y puede traer satisfacciones a largo plazo.

Otro punto a resaltar es que Sandra fue más allá de esta queja y compartió su caso en la sección de opiniones de la página de *Facebook* del Hospital General, con lo que consiguió que su experiencia fuera conocida por una buena cantidad de personas y no se quedara en el olvido, lo cual contribuye además a que las mujeres que leyeron su texto tomaran conciencia de que hay situaciones que ellas no deben experimentar, pero están en riesgo de vivirlas al acudir a esta institución de salud. Esta es una muestra de que las redes sociales han comenzado a funcionar como una forma de desahogo ante la desconfianza en los mecanismo de justicia del Estado y como una vía para la socialización de conocimientos para sortear las problemáticas que se presentan al tratar de acceder a los servicios otorgados por las instituciones u otro tipo de organizaciones.

La última categoría tiene lugar como una forma de resarcir el daño emocional que se produce por el maltrato psicológico sufrido por las mujeres durante la atención obstétrica, ya sea con el fin de trabajar el tema en específico o alguna otra cuestión relacionada, a través de la terapia psicológica o el participar en grupos de apoyo donde se tratan asuntos vinculados con la maternidad, la fecundidad o la lactancia, entre otros. Al respecto, Lizeth, del grupo A, y Jimena, del grupo B, fueron quienes se depuraron por la primera opción, mientras que Miranda, del grupo C, lo hizo por la segunda:

Actualmente yo estoy en terapia psicológica porque mi hija tiene dos años, entonces en ese tiempo fue como dedicarme a ella, atenderla a ella, la llevé a estimulación temprana, pero hay cosas que me han ido mermando a mí con la crianza, entonces tengo rato en una búsqueda de sanar qué me pasó, de ver por qué, con una psicóloga trabajé, encontré que no me sentí atendida ni en el proceso de parir ni en el posparto, entonces como sanar esa parte, entender que soy una mujer fuerte que a pesar de que no tuvo las condiciones que esperaba pude vivirlo, pude salir, pude soportar el dolor, la agresión por el bienestar de mi bebé, entonces sí he ido trabajando como el ver ahora desde esta perspectiva nueva todo

lo que yo viví porque yo estaba hundida en “me violentaron, me violaron, me sentí que me ultrajaron, que me manipularon, que fueron en contra de mi voluntad”, tenía sentimientos muy fuertes y muy cargados de la experiencia que viví sumamente negativa (Entrevista, Lizeth, grupo A, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Ester: Oye, bueno, y me decías que te decían que los demandaras y eso decidiste no hacerlo, ¿no? porque no querías ni verles la cara, pero pues me dices que fue traumatizante. ¿Tú en algún momento sentiste que necesitaras ayuda psicológica o algo, o cómo fue que lo has sacado?

Jimena: Sí, no como tal, pero sí, el hablar con personas, ver que también, no soy la única a la que le pasan esas cosas, me, me... empecé a investigar mucho sobre eso, cuando vi lo del parto en casa dije “ay, dios, ¡esto hubiera sido perfecto!”. Y sí me decían “¡ay! ¿te vas a arriesgar a eso?”, “¡ay! ¡fue más riesgoso ir al hospital!”. Entonces, eh, no traté el tema como tal, pero sí estuve yendo a terapia psicológica, pero como para reforzar la seguridad, la confianza y todo eso. No, no fue como que, a raíz de tal cosa, pero sí como persona, esa parte que me había quedado como muy, muy sumisa, muy así, ¿no? (Entrevista, Jimena, grupo B, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Ester: Oye, y tú que eres psicóloga, ¿no has ido a terapia o algo así?

Miranda: No, fíjate, a terapia todavía no voy. Empecé a hacer como estos grupos de apoyo.

Ester: ¿Ahorita vas a algo?

Miranda: Ahorita no, ahorita ya no, lo dejé. Estuve yendo... creé uno de posparto. “¡Yo necesito que hablemos de esto!”, era un rollo nomás como de ventilar todo lo que te pasa por la cabeza.

Ester: ¿Tú los empezaste a organizar?

Miranda: Sí.

Ester: ¿Y como cuánto tiempo lo hicieron?

Miranda: No, fue bien poquito, porque me habían prestado un espacio y en ese tiempo salió esto de que a lo mejor me mudaba de ciudad y lo dejé.

Ester: ¿Y cómo cuántas mujeres iban?

Miranda: Éramos cuatro, o cinco. Mi amiga y su amiga. Así empezó y nunca le pude dar continuidad, a las de lactancia, esas sí, fui todo el año, estuve yendo, que pues era el pretexto (Entrevista, Miranda, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

El hecho de que las mujeres entrevistadas hayan puesto en práctica una buena cantidad de estrategias y tácticas lo vinculo con la conciencia con la que contaron respecto a los atropellos que estaban viviendo, la cual estuvo presente inclusive en muchos casos en los que ellas permanecieron pasivas debido a que sus sentimientos o limitaciones se los dictaron así, mientras que las situaciones en las que hubo un desconocimiento de los maltratos que experimentaban fue menor. Así mismo, mediante el análisis de estas categorías fue posible observar que no es posible ubicar a las mujeres en un punto determinado de la escala de capacidad de agencia, ya que sus acciones pueden

ser muy distintas según la coyuntura, en algunas de ellas tenderán hacia la inacción, mientras que en otros harán todo lo contrario.

Así mismo, es erróneo pensar que solo aquellas mujeres que cuentan con mayores recursos económicos y culturales, experiencia o redes de apoyo son quienes emprenden acciones de resistencia, pues como hemos visto, las participantes de cada uno de los grupos han actuado de acuerdo a sus posibilidades e intereses de una u otra forma. De ello es posible concluir que la relación entre sujeto y poder no es inmanente sino cambiante y que la capacidad de agencia no depende tan solo de los recursos de los sujetos, sino de la creatividad con que estos son empleados, de la auto representación y de las motivaciones de quienes están experimentando violencia obstétrica o cualquier otra situación de dominación.

5.2. Trayectorias de aprendizaje: la modificación de la agencia a través de las sucesivas experiencias de maternidad

El concepto de trayectorias de aprendizaje tiene su origen en las investigaciones sobre educación, en particular ha sido utilizado para indagar sobre los procesos de aprendizaje en las matemáticas y más recientemente en estudios sobre la forma en que las nuevas tecnologías han impactado en las formas de aprender. Sin embargo, considero que su potencial va mucho más allá de estas áreas y puede aplicarse a diversos aspectos de la vida cotidiana en las que se requiere desarrollar nuevos conocimientos y habilidades, dado que la vida en sí misma puede ser entendida como una trayectoria de aprendizaje.

Si seguimos la propuesta de Clements y Sarama (2004) para partir de su concepto de trayectoria de aprendizaje³⁸ y adaptarlo al campo que nos interesa, podemos llegar a una definición propia, en la que una trayectoria de aprendizaje será entendida como *la descripción del pensamiento y aprendizaje de las personas en un dominio específico, y la ruta relacionada con ello, creada a través de un conjunto de sucesivas experiencias*

38 “For our purposes, then, we conceptualize learning trajectories as descriptions of children’s thinking and learning in a specific mathematical domain and related, conjectured route through a set of instructional tasks designed to engender those mental process or actions hypothesized to move children through a developmental progression of levels of thinking, created with the intent of supporting children achievement of specific goals in that mathematical domain” (Clements y Sarama, 2004:83).

adquiridas en el tema, que engendran procesos mentales y acciones que impulsan a las personas a alcanzar objetivos específicos en ese dominio.

En el caso del análisis de la violencia obstétrica y las formas de acción mediante las que se le hace frente, me refiero a las diversas rutas que toman las experiencias de gestación de las mujeres y las herramientas que van adquiriendo en cada una de ellas, lo cual las lleva a transformar la aproximación que tienen a los actos de gestar y parir, a las concepciones que elaboran sobre sus cuerpos y a las acciones que toman para evitar o afrontar posibles situaciones de violencia. En este contexto, el aprendizaje se da no solo de manera formal, sino también informal y el proceso ocurre de manera individual, no se da de manera lineal o continua, sino que es intermitente y tiene bucles, puesto que en la agencia de las mujeres se presentan obstáculos que a veces evitan que ellas alcancen los objetivos que se han planteado.

Si bien, casi la mitad de las informantes solo ha pasado por una experiencia de gestación, es notable que el desarrollo de la trayectoria de aprendizaje inicia a partir de esta, pero para poder ver rutas completas, realicé el análisis de los casos de tres mujeres multíparas, una de cada uno de los grupos con los que he trabajado en esta tesis. Del grupo A, seleccioné el caso de Julia (figura 5.2), quien tiene tres hijos, de 12, siete y cinco años, respectivamente. Su primer parto, que ocurrió cuando ella tenía 19 años, tuvo lugar en un hospital de ISESALUD. Las situaciones más graves de violencia obstétrica que Julia vivió se dieron en esta ocasión y fueron el haber sido sujeta de una maniobra de Kristeller que le dejó dos costillas rotas y una episiotomía que le provocó una fisura anal. Aunque las consecuencias de la fisura fueron inmediatas, Julia no tuvo plena conciencia del problema con las costillas hasta aproximadamente un año después, mientras realizaba una consulta con un ginecólogo particular, porque además de las dos situaciones señaladas, le habían dejado los hilos del DIU muy largos y esto le molestaba.

Este conocimiento y su deseo de no volver a sufrir lo mismo, la llevó a pensar en no tener más hijos, por lo que la diferencia entre el primero y la segunda es de más de cinco años. Esto además hizo que el nacimiento de su hija de siete años ocurriera mediante una cesárea en una clínica privada, precisamente con el ginecólogo particular que la había estado atendiendo después de su primer alumbramiento. Cuando ella

compara ambas experiencias concluye que, a pesar del costo que representó haber accedido a un servicio privado, la atención fue mucho mejor:

De ella me hicieron cesárea. Me dijo él “mira, vamos a hacer esto”, porque yo no quería que me... es que desde un principio me dijo él “es que tú eres pa’ cesárea”, “pero pues es que me dijeron que como yo ya había tenido uno normal, lo podía tener normal”, realmente yo no quería cesárea. Dije “si ya pude uno, ¿por qué el otro no? Entonces me provocó los dolores, pero mi bebé nunca... me dieron por un rato y se me quitaron. Lo intentamos por dos vías, de hecho, mi niña, era para que naciera el día de mi cumpleaños, pero resulta ser que no se vino, no quiso, duró dos días haciéndome, intentando que me dieran los dolores, pero no me dieron. Entonces me dijo “no puedo hacer más ya, te voy a tener que hacer cesárea, yo ya te había dicho que tú eras para cesárea. Así es que... porque tu bebé está sufriendo”. Entonces fue la manera que me hizo la cesárea. Igual, pues de ella estuvo muy bien, la verdad con ella no batallé, no sufrí, gracias a dios, de ella estuvo muy tranquilo mi embarazo. Es cierto, costó, pero en lo que cabe me la pasé muchísimo mejor (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Tras haber sido usuaria tanto en un hospital público como en una clínica privada, Julia ya podía distinguir entre ambos tipos de atención y se decantaba por la segunda, por lo que durante su tercer embarazo -dos años después- estuvo yendo a consultas con el mismo médico particular, pero también asistió a citas para el control prenatal en el hospital de ISESALUD, aprovechando su Seguro Popular y preparándose para el caso de que su familia no contara con el dinero suficiente para que el parto se llevara a cabo en el servicio privado, puesto que justamente, al tercer mes de su embarazo, su hijo mayor sufrió un accidente. A los siete meses, además, a la bebé que venía en camino se le detectó un problema cardíaco por lo que, por recomendación del médico particular, ella se preparó para volver al hospital de ISESALUD, ya que él no contaba con los aparatos que consideraba que serían necesarios para atender a la recién nacida.

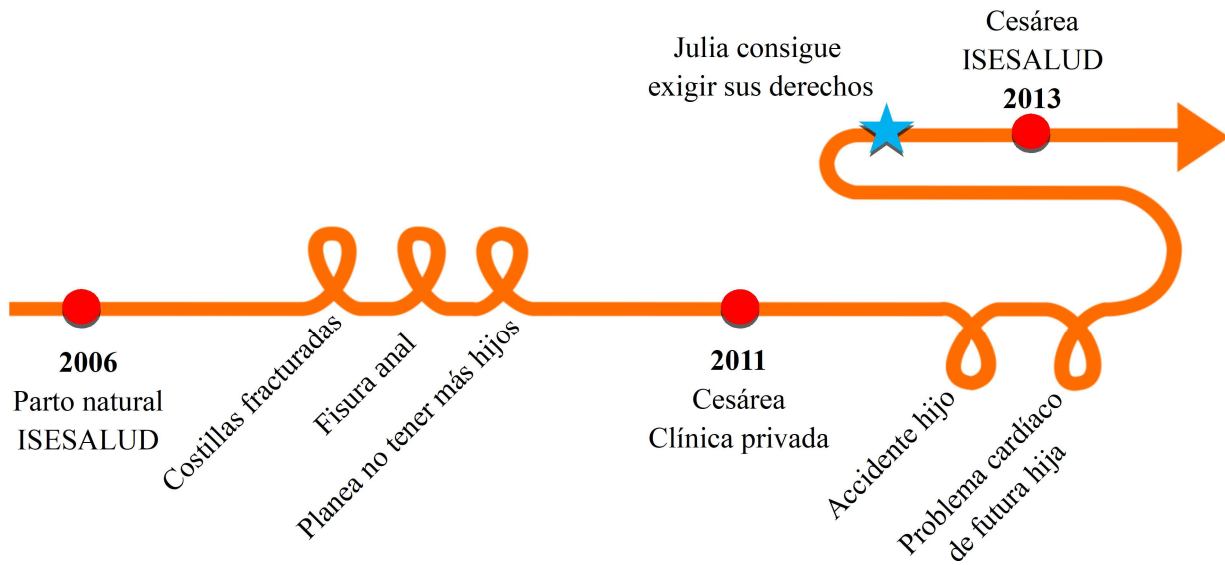
Si bien, durante el nacimiento de su hija más pequeña ya no fue sujeta de daños tan importantes como en la primera ocasión, sí le resultó difícil conseguir que el personal de salud comprendiera las necesidades específicas de atención que ella requería, por lo que se volvió preciso que estuviera una semana dando “vuelta y vuelta” e intentando dialogar con ellos para que comprendieran su caso:

No se podía escuchar los latidos del corazón del bebé. Entonces me dijo “no, tú estás bien. Tú te vienes hasta que te den los dolores”, y yo dije “no”, fui otra vez con el médico “no, es que ve y alégales, es que te tienen que atender, porque tú, no te pueden dejar que te den los dolores. Es que te tienen que hacer cesárea. ¿Por qué? Porque lo más probable

es que tu bebé no aguante el parto”. Es por eso por lo que esa semana pasé casi todos los días yendo al General, hasta que me dijeron, ve y habla con un gestor. En el centro de salud fui y les dije “díganme qué hago, porque no me atienden”, el director del centro de salud me dijo “ve y vas a ir, nomás que no les digas que te dije yo, ve y habla con un gestor”. Ya me dijo en qué parte del General están, fui y hablé con un gestor, el gestor me subió hasta el quinto piso a hablar con el jefe de ginecólogos y le enseñé el papel que yo llevaba, el ultrasonido que me había hecho por fuera, donde venía el problema que la bebé tenía y le dije yo que yo ya había pasado abajo y le había enseñado a la doctora el papel y todo y como el ultrasonido que ella me había hecho no tenía sonido ni nada, ella me decía que estaba bien, pero si yo le había enseñado un papel, el otro que me había hecho. Le mandó hablar y la confrontó y le dijo pues que estaba mal, porque el bebé venía mal y que ella no tenía por qué hacer que yo me aliviara normal, eh, que tenía que ser forzosamente cesárea. Y una semana antes, eso fue en esa semana, me hicieron la cesárea, para evitar que me dieran los dolores y sí, me dijo, como te digo, que venía mal (Entrevista, Julia, grupo A, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Como es posible observar en esta última experiencia, la capacidad de agencia de Julia es desplegada de una forma muy clara, pues no se detuvo hasta alcanzar su objetivo; para ello, además contó con el apoyo de algunos aliados como el médico particular y el doctor de la clínica de ISESALUD de su colonia que la guiaron en su contienda. A pesar de ello, el caso de Julia es también un ejemplo de lo que señalábamos al inicio de este apartado, el hecho de que las trayectorias de aprendizaje no se reflejan en formas de acción lineales, sino que tienen bucles en los que hay que girar o hacer la reversa y regresar a un punto previo, como representó el haber tenido que volver a atenderse en una institución pública. Así mismo, cabe señalar que, a diferencia de los siguientes dos casos que analizaremos, la trayectoria de aprendizaje de Julia se formó únicamente a través de la experiencia empírica y no hubo ningún otro tipo de preparación formal en el camino que ella se fue trazando, aunque consideramos que fueron importantes los aliados con los que ella contó durante este.

Figura 5.2. Trayectoria de aprendizaje de Julia, grupo A



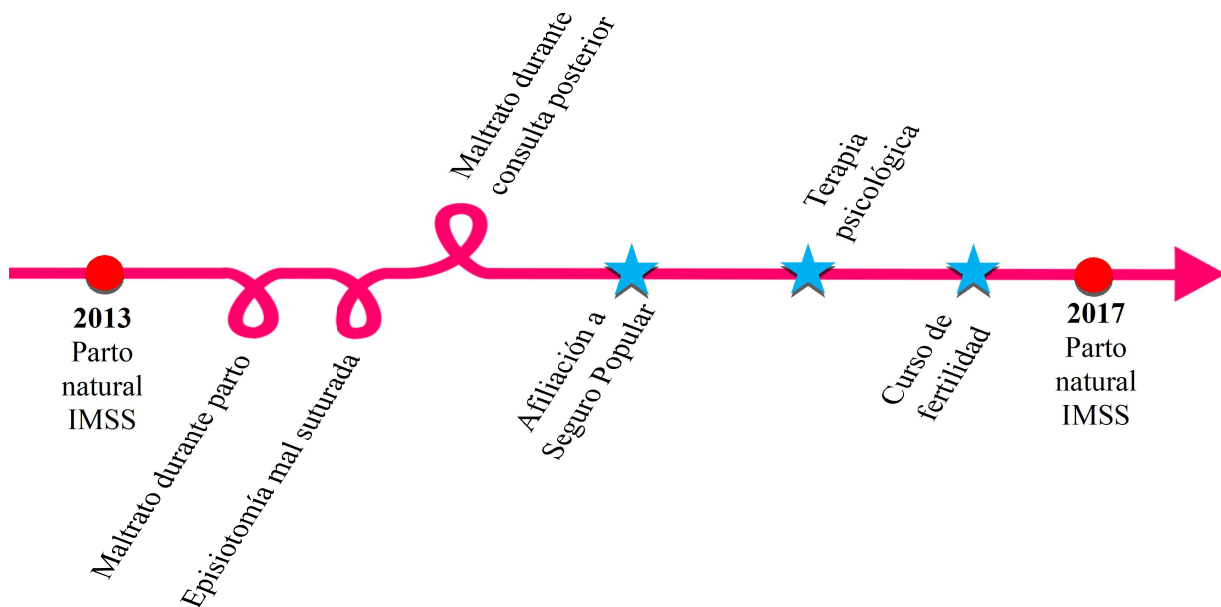
Fuente: Elaboración propia.

Jimena, del grupo B, quien en el momento de la entrevista contaba con dos hijas, de cinco años y cinco meses, respectivamente, vivió una de las experiencias de violencia obstétrica más intensas entre las informantes, no solo de tipo físico sino también psicológico. Los constantes regaños comenzaron desde que asistía a sus controles de embarazo y continuaron durante el desarrollo del parto, inclusive fue acosada y señalada como consumidora de drogas sin un motivo razonable. Las enfermeras que la atendían restringieron su movilidad y la amenazaron con amarrarla por no mantenerse en la posición que ellas le ordenaban, y durante el parto le realizaron una episiotomía negligentemente, lo cual le produjo problemas durante dos años.

Durante las revisiones posteriores del DIU, que le habían colocado en el IMSS, siguió experimentando malos tratos, por lo que decidió desafiliarse de este servicio y comenzar a atenderse a través del Seguro Popular. Aunque en un inicio recibió un trato cordial por parte del personal de enfermería, cuando se embarazó cuatro años más tarde, el médico que la atendió insistió en que debía de operarse para no tener más hijos, proveyendo argumentos con un tono clasista mediante los que cuestionaba el que pudiera mantener a sus hijos y brindarles estudios universitarios privados. Sin embargo, para ese

momento, su trayectoria de aprendizaje (figura 5.3) se había enriquecido, pues había tomado algunos cursos sobre fertilidad y métodos anticonceptivos, había leído sobre el tema y además había estado tomando terapia psicológica, lo que la hacía sentir empoderada por lo que, aunque siguió asistiendo a sus controles de embarazo en el hospital de ISESALUD, no prestaba atención del todo a las indicaciones que le parecían excesivas por parte de los médicos, puesto que se estaba preparando para tener su parto en casa con una aprendiz de partera.

Figura 5.3. Trayectoria de aprendizaje de Jimena, grupo B



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, cuando llegó el momento del alumbramiento, este se llevó a cabo en su hogar, como lo había planeado, y fue una experiencia que ella describe como placentera y distinta a la primera. En este caso, es notorio cómo la trayectoria de aprendizaje se dio a partir tanto de la experiencia empírica y el ensayo-error, como de la búsqueda formal de equiparse de herramientas y conocimientos. Mientras que ella considera que en su primer proceso gestacional dejó gran parte de las decisiones en

manos de los médicos porque ellos eran los poseedores de los saberes necesarios para que este llegaran a buen término, en el segundo Jimena describe cómo desafió constantemente sus indicaciones, principalmente aquellas que para ella tendían hacia la medicalización excesiva.

El caso de Tula, del grupo C (figura 5.4), quien cuenta con cuatro hijos -de 23, 18, tres años, y cuatro meses, respectivamente- es quizá el que muestra la evolución más clara en su trayectoria de aprendizaje puesto que es quien ha tenido una mayor cantidad de experiencias gestacionales, las cuales se dieron dentro de un periodo prolongado, y es quien vivió la mayor diversidad en los tipos de atención del parto, ya que fue usuaria de servicios tanto públicos como privados, y los malos tratos que mencionó haber recibido durante los nacimientos de sus primeros dos hijos la llevaron a decantarse por formas alternativas de parto como el acompañamiento por doulas y el parto en casa.

Así, Tula señala que, en su primer alumbramiento, que se llevó a cabo en un hospital privado cuando apenas tenía 18 años, ella se sentía “bien inexperta y jovencita”, y nadie le creía que su bebé ya iba a nacer. Su ginecóloga insistió en colocarle anestesia a pesar de que ella había declarado que no la deseaba, lo que provocó que se le volviera imposible pujar y llevó a que el anesthesiólogo le realizara una maniobra de Kristeller que le causó mucho dolor. En su segundo alumbramiento, que tuvo lugar en una clínica del IMSS, ella ya no se sentía tan inexperta y pasaba por una etapa de “rebeldía”, por lo que gritó mucho mientras estuvo en la sala de parto e intentó moverse, aunque no se lo permitieron.

Transcurrieron 15 años para que Tula volviera a embarazarse. Esta vez se atendió con un ginecólogo particular como en la primera ocasión, sin embargo, comenzó a asistir a cursos de preparación del parto, contactó a un grupo de doulas para que la acompañaran en ese momento y había escrito su plan de parto, por lo que estaba mucho más consciente de los requerimientos que deseaba que se cumplieran durante el momento del nacimiento. Aunque al parecer todo marchaba correctamente con el ginecólogo con el que se atendía, en un punto del embarazo comenzaron a surgir desacuerdos entre ambos y ella decidió cambiar de profesional y finalmente se atendió con un médico que tenía una perspectiva

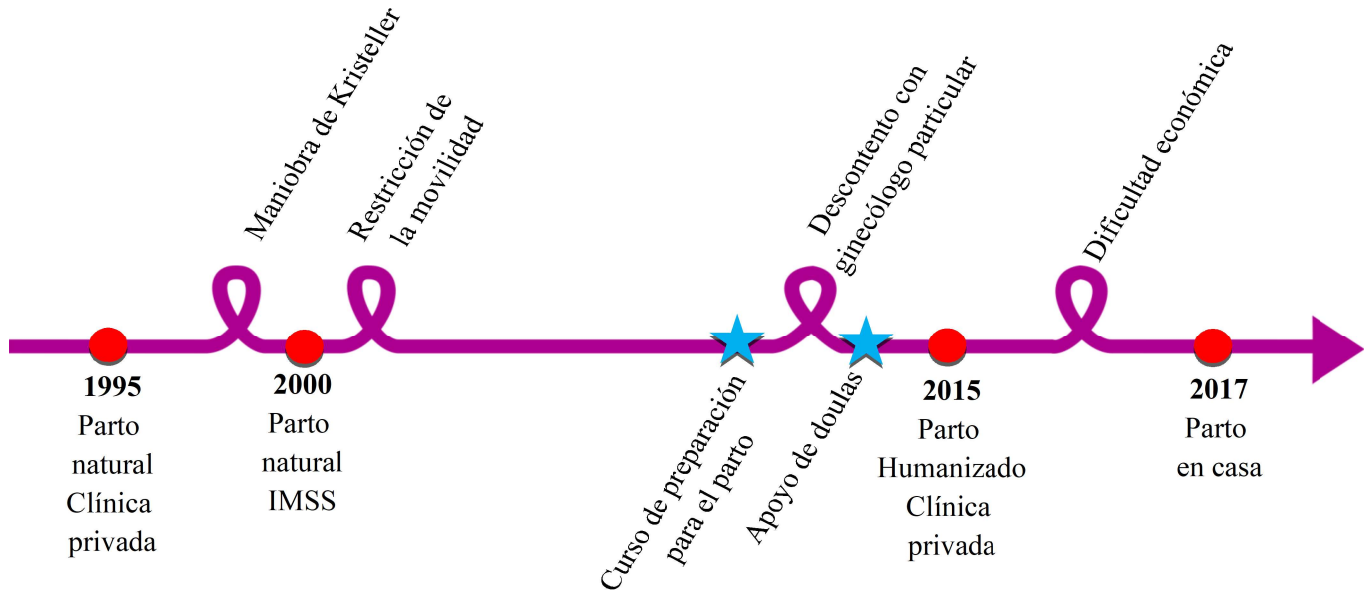
más abierta hacia las prácticas alternativas y el nacimiento humanizado y que respetó todas sus solicitudes.

El último embarazo de Tula la tomó por sorpresa, razón por la que no se encontraba preparada económicamente. Aunque desde que ella se enteró de su gravidez comenzó a buscar una partera, su pareja le advirtió que no pensaba pagarla, por lo que empezó a prepararse mentalmente para ser atendida mediante el Seguro Popular, a pesar de que esta idea le desagradaba, puesto que en ese punto ya era plenamente consciente de que durante sus primeras dos experiencias había vivido violencia obstétrica y consideraba que esto podía volver a ocurrirle:

Con Alejandro [su tercer hijo] es cuando yo me informo, ya con mis doulas y ya empiezo a ver movimientos. Y este, y pues todo esto en los talleres, es cuando empiezo yo a informarme. Apenas ahí es cuando empiezo yo a informarme. Y que, este... y creo que al final de mi embarazo, ya que había nacido, que yo escucho este término, que es violencia obstétrica y es cuando empiezo como a recapacitar todo, con mis otros dos embarazos, que crees que es normal, ¿no? Todo lo que te hagan es normal, que no sabes realmente que, por ejemplo, a veces me sorprende también, en los grupos de *Facebook*, ¿no? “¿Alguien se alivió en el Hospital General? ¿cómo les fue?”, “pues nada más no grites y te tratan bien”, todas dicen así, “pues tú no grites para que te traten bien”. Y otras, muy pocas “tú grita si tú quieres”, o “eso es violencia”, pero no, todas como que neceando que nosotras somos las que nos tenemos que callar, que el doctor va a decir, va a decidir qué hacer. Y también en las clínicas esas baratitas, también. Como hay cesáreas, mucha, mucha cesárea, que les inculcan miedo. Ahí es cuando yo, ya después es cuando yo me empiezo a informar, hasta ahí. Por eso tampoco quería entrar yo al Hospital General [ríe], pero de todos modos ya iba yo como con mi escudo “yo voy a gritar lo que yo quiera y me dan a mi bebé si yo quiero” (Entrevista, Tula, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Fue un encuentro inesperado lo que le permitió cumplir su deseo y tener un parto en casa, gracias a la flexibilidad de la partera con la que coincidió, quien accedió a que parte del pago fuera a través de un trueque de trabajo, ya que Tula es terapeuta corporal. Esto nos habla de cómo con el regreso y la revitalización de prácticas que en otros tiempos fueron las únicas formas de nacer, también vuelven prácticas económicas alternativas, es decir, de cierta manera, quienes apuestan por estas posibilidades están saliendo de los márgenes establecido por el sistema hegemónico en el que vivimos o aprovechando los intersticios que este presenta.

Figura 5.4. Trayectoria de aprendizaje de Tula, grupo C



Fuente: Elaboración propia.

Al comparar los tres casos aquí presentados, resalta el hecho de que la trayectoria de Julia, quien pertenece al grupo A -donde se ubicó a quienes cuentan con una menor escolaridad y recursos económicos entre las informantes-, puede considerarse menos desarrollada que la de Tula -del grupo C- quien, aunque también ha pasado por momentos de dificultad económica que la han llevado a verse en la necesidad de ser atendida en instituciones de salud pública, proviene de una familia arraigada en la ciudad, con mayores recursos y una participación en redes sociales que le han permitido experimentar con mayor capacidad de maniobra, gracias a los diversos saberes que en estos se comparten. Por último, el caso de Jimena representa el giro más drástico de los tres, el cual contrasta sobre todo con la experiencia de Tula que se dio de manera gradual; tal situación concluyo que es producto del carácter traumatizante que ella le atribuye a su primer parto y a que, a partir de su experiencia, ella concibe a su casa como un lugar mucho más seguro que un hospital, es decir, en cierta forma la violencia obstétrica que

vivió la llevó a romper con la percepción tradicional que la mayor parte de la sociedad tiene sobre el conocimiento médico autorizado.

5.3. La agencia colectiva: El papel de las comunidades, organizaciones e instituciones en la lucha frente a la violencia obstétrica

El discurso sobre la violencia obstétrica no es único, en torno a él se construyen diversos sentidos y disputas. De esta manera, mientras que algunos agentes, como las mujeres, madres, activistas y defensoras de derechos humanos luchan por que este concepto sea difundido y visibilizado con el fin de que pueda ser erradicado, otros grupos, como algunos gremios de especialistas en salud, lo consideran inadmisibles y lo ven como un peligro para sus intereses. A estas dos posturas, se suman aquellas que más que concentrarse en la cuestión de la violencia obstétrica, buscan un parto respetado o humanizado, muchas veces a través de prácticas alternativas al parto medicalizado. Por ello, es importante ver a la violencia obstétrica como un fenómeno de estudio que se desarrolla no en un espacio vacío, sino en un medio caracterizado por las tensiones y el conflicto.

En México, 2013 parece ser el punto en el que el problema de la violencia obstétrica comienza a cobrar mayor visibilidad. Este año el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), una organización especializada en difundir información sobre derechos reproductivos y realizar acompañamiento legal en esta materia, publica su informe *Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México*, donde muestra una breve radiografía de la situación en el país respecto a este tipo de violencia, entre otros temas (GIRE, 2013). Además, es en octubre de este mismo año cuando la imagen de una mujer pariendo en el jardín de un centro de salud en Oaxaca le da la vuelta al mundo a través de las redes de Internet (Matías, 2013).

Un año más tarde, los tratos irrespetuosos y ofensivos que reciben las mujeres durante el parto en centros de salud de todo el mundo fueron visibilizados en una declaración de la Organización Mundial de Salud mediante la que se busca que estos se prevengan y erradiquen (OMS, 2014). En 2014 también, se crea en Tijuana la Alianza por

la Atención Gineco-Obstétrica Digna (ALAGODI), un grupo donde participan especialistas en salud, madres, activistas y diversos profesionales, con el fin de hacer visible la violencia gineco-obstétrica e incluirla en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, así como difundir el derecho a la elaboración de un plan de parto, la lactancia como derecho de las madres y recién nacidos, y la capacitación del personal de salud, entre otros (Red Iberoamericana Pro-Derechos Humanos A.C., 2016). Esta asociación ha participado desde entonces en programas en la radio local, eventos académicos, mesas de trabajo y en el seguimiento de la Alerta por Violencia de Género en Baja California, y ha organizado eventos como el Primer Foro sobre Violencia Obstétrica y el Festival por el Nacimiento Respetado (Agencia Fronteriza de Noticias, AFN, 2016).

El movimiento de las parteras y doulas se encuentra en un momento de visibilización y revitalización en la ciudad, aunque en realidad no se trata de una agrupación formal y permanente, sino que sus integrantes se han unido en determinadas coyunturas en las que su rol se vuelve necesario o útil para las necesidades de las mujeres gestantes. Así, por una parte, tanto las parteras como las doulas ejercen su oficio como un negocio y ofrecen servicios de parto en casa, consultas, acompañamiento, talleres de preparación para el parto y clases de yoga o pilates prenatal; mientras que por el otro ejercen un activismo brindando su apoyo de manera gratuita a mujeres de los sectores menos favorecidos de la sociedad³⁹.

Un par de ejemplos de lo último son el papel que han jugado las *Parteras fronterizas*, quienes desde junio de 2016 han otorgado atención voluntaria y gratuita a migrantes refugiadas - particularmente a aquellas que vinieron con la oleada de migración haitiana-, así como las labores de acompañamiento que varias doulas llevaron a cabo durante aproximadamente un año en una clínica del IMSS, bajo la batuta de una de las dos parteras que conforman la primera de estas iniciativas. Esta última forma de activismo no pudo continuar debido a que se volvió imposible para ellas seguir brindando

39 Es importante dejar claro que aunque me parece muy importante el papel que están llevando a cabo las parteras en este momento coyuntural, no romantizo su oficio. Las parteras también pueden llegar a violentar a las gestantes, ya sea física o psicológicamente, como ocurrió a Rosario, una mujer que me compartió su historia de parto en casa, durante el cual refirió haber sido sujeta de violencia psicológica por parte de su partera (Entrevista, Rosario, parto en casa, Tijuana, 16 de marzo de 2018).

su apoyo mientras eran testigos de diversos atropellos sin contar con el poder suficiente para hacer algo:

Yo dije “no más, no, no quiero más” y fue mi manera de retirarme olímpicamente. Básicamente ahí dije “no me interesa si podemos seguir yendo o no, porque después yo no quiero tener a las doulas con estrés postraumático de ser testigos de esas cosas tan horribles”. Y básicamente estábamos siendo testigos o dándoles la mano de “sí, este... ya va a pasar esto” y siendo testigos del otro violentándola. Entonces, hasta cierto punto como cómplices. Entonces era como esquizofrenia o algo. “Ya va a nacer tu bebé, lo estás haciendo muy bien” y estar viendo como “¡ahhh!”, no, no era saludable y... muchas veces logramos hacer cosas lindas, las mamás super agradecidas “fuiste un ángel, hiciste una diferencia muy grande, logré tener a mi bebé”. Muchas no se fueron a cesárea porque estábamos ahí y la presencia de una doula cambia completamente. Ellos ya sabían “¡uy, ahí vienen las doulas, van a parir todas!”. Llegábamos con nuestra pelota, apagábamos la luz y les dábamos aroma, y ellos prendiendo la luz, “¡no, en mi servicio se prenden las luces!”, puras luchas de ego y tarugadas así (Entrevista, Xóchitl, partera, Tijuana, 28 de febrero de 2019).

La postura de algunos médicos hacia la sensibilización respecto a la violencia obstétrica no ha sido solo de indiferencia, sino de un explícito rechazo del término -así como de algunas prácticas humanizadas o pertenecientes a la partería. Un ejemplo de ello es el movimiento #Yosoy17, creado en 2014 en apoyo a 16 médicos que fueron acusados de negligencia por la defunción de un joven en Guadalajara, Jalisco. Aunque esta muerte no estaba relacionada con el área gineco-obstétrica, entre las demandas del movimiento que incluían un pliego petitorio con veinte puntos, estaba la de derogar el concepto de violencia obstétrica de la iniciativa que buscaba reformar la Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia (Rello, 2014).

En el mismo tenor, en junio de 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. (FEMECOG) lanzó un pronunciamiento en el que expresaba su total desacuerdo con la denominación de violencia obstétrica a “la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo” (FEMECOG, 2015), señala a la actual infraestructura hospitalaria del país como uno de los principales factores que obstaculiza el realizar prácticas deseables

de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, y condena la visión que busca generar leyes de carácter punitivo en contra de su gremio⁴⁰.

Por otra parte, un organismo de conciliación, la Comisión de Arbitraje Médico de Baja California (CAMEBC) ha firmado recientemente un convenio de colaboración con el Instituto Municipal para la Mujer de Tijuana, mediante el que buscan prevenir la violencia obstétrica (Hernández, 2017) y el Comité de Derechos Humanos e Igualdad del IMSS ha propuesto un programa transversal para evitar la violencia obstétrica, mediante acciones como cero rechazo en el acceso a servicios médicos; fomento del parto vaginal y un trato digno y respetuoso que involucre a las pacientes en la toma de decisiones (AFN, 2018).

En 2017 se sumó a estos pronunciamientos la Recomendación General No. 31 de la CNDH sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, la cual se dirige a diversas autoridades y tiene como objetivo describir este fenómeno y hacer visible la situación experimentada por las mujeres gestantes en las instituciones de salud, para contribuir a la identificación y eliminación de toda práctica que genere violaciones a sus derechos humanos. En este documento se reconoce el incumplimiento del Estado en poner a disposición de la población los medios necesarios para que pueda acceder a su derecho a la salud y se exhorta a las instituciones a implantar un modelo de atención obstétrica con enfoque humanizado, intercultural y seguro, entre otras recomendaciones (CNDH, 2017b).

A nivel institucional, la Universidad Autónoma de Baja California ha comenzado a jugar un papel importante en la difusión de la violencia obstétrica como una problemática y de la partería como una vía alternativa, organizando actividades que tienen como principal público a sus estudiantes de medicina y cuyo propósito ha sido propiciar su concientización sobre estos temas. Con este fin se han llevado a cabo eventos en su Facultad de Medicina y Psicología, donde se dialogó con personas expertas en el tema, en abril de 2017, mayo de 2018 y marzo de 2019.

40 Esta postura se puede observar de manera más amplia en una conferencia dictada por el Dr. Ernesto Castelazo, presidente en ese momento de esta federación, en el XX Congreso Regional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C., en junio de 2015 (Castelazo, 2015).

Por último, en esta era digital es imposible dejar de lado las nuevas comunidades que se están creando en Internet. Así, es importante destacar cómo algunas redes sociales como *Facebook* han permitido a algunas mujeres agruparse y compartir información y experiencias en torno a la maternidad y el proceso de convertirse en madres. Un ejemplo de ello es el grupo “Parto humanizado/respetado en Baja California”⁴¹, el cual busca intercambiar información sobre los derechos de las mujeres al momento de dar a luz y sobre formas alternativas de parir. También invita a parteras, ginecólogas y doulas a compartir información sobre sus servicios y hace un llamado a instituciones de salud y médicos para que les abran las puertas a los partos respetados/humanizados, además de funcionar como un foro en que las participantes despejan sus dudas respecto a las etapas de embarazo, parto o puerperio, se desahogan y manifiestan sus inquietudes, además de compartir información sobre cursos y eventos.

Como es posible observar, la agencia colectiva en el campo de la violencia obstétrica y el parto humanizado/respetado tiene diversos frentes que en muchos casos llegan a converger puesto que las personas que componen estos movimientos y comunidades suelen estar en contacto y contar con intereses mutuos. Así, los cambios y luchas se dan a un nivel meso y macro gracias a la visibilización que estas organizaciones hacen respecto a las problemáticas en torno al nacer y a los cuerpos gestantes y la información que se comparte a través de ellas permea en la población y contribuye a que las mujeres aprendan nuevas estrategias y formas de agencia mediante las cuales se avanza también en el nivel micro del proceso de descolonización del útero.

La teoría de la estructuración de Giddens (2011), que establece la dualidad de la estructura y de los agentes sociales, los cuales están constantemente reforzándose y complementándose para producir y reproducir el orden social, es una perspectiva que permite analizar el papel que juega la agencia a nivel colectivo en la lucha contra la violencia obstétrica. Por el momento, lo que se puede decir al respecto, considerando que, para este autor, los agentes cuentan con reglas y recursos mediante los que son capaces de llevar a cabo acciones que pueden tener como fin el producir cambios estructurales o mantener el orden como tal, es que la acción social colectiva representa una alternativa

41 El grupo puede encontrarse en: <https://www.facebook.com/groups/1494602300633845/>

que aparenta ser más prometedora que la acción individual, en el sentido de que permite ejercer recursos de autoridad, es decir, “nacidos de la coordinación de la actividad de agentes humanos” (Giddens, 2011, p. 32) y el poner en común un problema que es compartido por muchas mujeres, no solo tijuanaenses, sino mexicanas y de muchas otras latitudes, es una forma de dejar un registro consciente de las experiencias que son vividas por quienes se atienden en las instituciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio y, por tanto, aporta a la reflexividad de las agentes, a un mayor entendimiento sobre este fenómeno y a una búsqueda de argumentos y soluciones con las cuales respaldar la lucha, en lugar de que esta sea una contienda dispersa e invisible en la que los intentos de afrontarla se den de manera individual y, posiblemente, sin alcanzar el éxito que el hacerlo a través de un movimiento masivo sí podría.

Comentarios finales

El objetivo de este capítulo ha sido examinar las distintas formas de agencia puestas en práctica por las mujeres con el fin de enfrentarse a sus experiencias de violencia obstétrica a nivel individual y colectivo, así como describir la forma en que llegan a desarrollarse trayectorias de aprendizaje en torno a la gestación y el nacimiento. Para realizar este análisis, he comprendido a la agencia como un espectro en el que las mujeres se sitúan en distintas posiciones de acuerdo con los recursos y motivaciones que estas poseen, el cual está conformado para los propósitos de este estudio por cuatro categorías: 1) desconocimiento, 2) conciencia pasiva, 3) táctica y 4) estrategia.

Entre los hallazgos de esta tesis puedo destacar que la categoría que menos se presentó fue la de desconocimiento, lo que seguramente está vinculado con la estrategia metodológica empleada en la selección de casos, los cuales estuvieron compuestos por mujeres que tenían conciencia de haber experimentado malos tratos o procedimientos innecesarios durante la atención obstétrica. Aunque esto no significa que ellas fueran plenamente conscientes de todos los abusos que sufrieron, definitivamente fue un elemento central para que se llegara a estos resultados. Por otro lado, la conciencia pasiva es una categoría que apareció con mucha mayor frecuencia y esto lo relaciono tanto con

la manera en que en nuestra sociedad hemos internalizado determinadas reglas que dificultan que desafíemos a ciertas figuras de autoridad, entre ellas los médicos, y a la fuerte carga emocional y de vulnerabilidad que representan el embarazo, parto y puerperio.

Esto último seguramente también tiene que ver con la poca frecuente aparición del uso de tácticas como forma de acción, ya que el actuar de esta manera, cuando se tiene una posición que puede ser considerada débil conlleva la posibilidad de recibir castigos o reprimendas aún peores que los que se trataba de evitar y, por tanto, implica el que se atraviesen cuestiones como la indecisión y el miedo. Las estrategias, como hemos visto, son de diversos tipos y ocurren con una frecuencia importante, aunque se llevan a cabo principalmente cuando ya se está fuera de las instituciones y cuando ya se han finalizado las etapas de embarazo, parto y puerperio, es decir, cuando se ha abandonado la condición de vulnerabilidad y se cuentan con mayores recursos para la acción.

Un aspecto digno de resaltar es el hecho de que aparentemente las mujeres ponen en práctica su capacidad de agencia sin que resulten determinantes los recursos concretos con los que cuentan, puesto que en esta labor son a veces más importantes la auto representación que las sujetas se hacen de sí mismas y la creatividad que despliegan al actuar. En donde parecen ser más claras las limitaciones respecto a la capacidad de acción es en el desarrollo de las trayectorias de aprendizaje, respecto a las cuales considero que tanto los recursos económicos como las redes sociales y la formación previamente adquirida o alcanzada durante la trayectoria juegan un papel importante.

Finalmente, he mostrado en el último apartado del capítulo que además de la agencia individual, también existe una agencia colectiva que se da desde distintos frentes interconectados, que pueden funcionar simultáneamente como organizaciones o personas con fines económicos, pero que también participan en el activismo, en el apoyo a las personas desprotegidas y en la difusión de saberes sin ánimos de lucro. Esto nutre las acciones de los sujetos particulares, con lo que consigue realizar cambios a nivel macro, meso y micro en nuestra sociedad, aunque esto no se da en un vacío, sino en un contexto lleno de disputas por los significados sobre la gestación y el nacimiento.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta tesis ha sido *comprender las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres que han sido atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales de Tijuana y consideran haber sufrido este tipo de violación de derechos, así como las distintas formas de agencia puestas en práctica con el fin de afrontarlas*. Con la finalidad de alcanzar este propósito se partió de una perspectiva fenomenológica y feminista y se trabajó por medio del relato narrativo de las historias de embarazo, parto y puerperio de 14 mujeres que consideraron haber sido sujetas de violencia obstétrica, malos tratos o intervenciones innecesarias en algún nosocomio de esta ciudad.

Los casos se clasificaron en tres grupos de acuerdo con el tipo de atención sanitaria que recibieron y la institución en la que experimentaron la violencia. Si bien, la violencia cruza a todas las esferas sociales, lo que lleva a que cualquier mujer pueda llegar a ser víctima de ella, en este análisis se tomaron en cuenta y expusieron las características identitarias de las informantes con el fin de realizar un análisis de tipo interseccional y evidenciar cómo tales características se convierten en formas de opresión que determinan las diversas maneras en que cada una de las ellas experimenta la violencia y se enfrentan o no a esta.

Al respecto de los resultados en relación con la forma en que se trabajó con las tres agrupaciones, cabe señalar que si bien, esta clasificación resultó muy útil en términos operativos, las mayores diferencias en cuanto a las experiencias de violencia obstétrica se dieron entre las mujeres del grupo C, respecto a las que conforman los conjuntos A y B. En particular, cabe destacar que la principal problemática sufrida por las mujeres del conjunto C fue la inducción del miedo y las cesáreas consideradas innecesarias, mientras que las informantes de los otros dos grupos experimentaron una multiplicidad de formas de violencia obstétrica y las diferencias entre unas y otras son mucho más sutiles, aunque me atrevo a decir que definitivamente las vivencias de las mujeres del grupo A son las más crudas, tanto por simultáneamente incluir casos en los que predominó la conciencia pasiva, como otros en los que hubo diversos intentos de ejercer la agencia, sin obtener resultados favorables.

Teóricamente se resaltó la complejidad del concepto de violencia y la forma en que este es abordado en la vida cotidiana, en particular la dificultad que representa el alcanzar un consenso respecto a qué y quiénes pueden ser definidos como violentos o no, dado que en ello intervienen cuestiones subjetivas como la interpretación, la memoria y la moral, así como elementos estructurales, entre ellos la forma en que se establecen las relaciones de poder y la cultura que permea a quienes participan en las interacciones en las que se presenta la violencia.

Así mismo, se siguió a Scheper-Hughes y Bourgois (2004), quienes utilizan el concepto de continuo de violencia como una referencia a violencias que se dan en forma de cadenas, espirales o espejos y a Castro y Erviti (2003), quienes también definen a la violencia como un continuo, en el sentido de que no debe verse como una dicotomía de blancos y negros, sino como una escala de grises, una sucesión de actos violentos que comienza con formas elementales de abuso y llega en el otro extremo a violaciones graves de derechos. Coincidió con Galtung (1998) en que no todas las aristas que conforman a la violencia son visibles, pues mientras que su aspecto directo se puede percibir en forma de conductas, sus componentes culturales y estructurales son mucho más difíciles de identificar, pero cumplen la función de justificar y legitimar a la primera.

En este sentido, me di a la tarea de identificar cuáles son las condiciones que facilitan que se presente la violencia obstétrica en los hospitales públicos y privados, en particular, de Tijuana y, en general, de nuestro país. A partir de este cuestionamiento, caractericé a la violencia obstétrica como un fenómeno que puede ser descrito como una pirámide, de la cual solo alcanzamos a ver una parte muy pequeña, que es la violencia directa, mientras que tiene una base mucho más amplia en la que se interconectan la violencia de género, la violencia económica de Estado, la cultura médica autoritaria y la incipiente cultura de derechos.

Se resaltó el papel del cuerpo en la violencia obstétrica, como un cuerpo que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado (Foucault, 2002) con el fin de alcanzar ciertos estándares de productividad en la maquinaria del nacimiento, lo cual se lleva a cabo según Arguedas (2014), a través del poder obstétrico y sus tecnologías disciplinarias. Por otra parte, se destacó la visión del cuerpo en resistencia como una

amenaza al régimen de inteligibilidad del campo médico, y a la violencia, sus rutinas, protocolos y diversos mecanismos de desautorización (Sadler, 2004) como formas en que se busca responder a ello.

La violencia, por supuesto, no es un acto que se ejerza de manera unidireccional y sin que se presenten intentos de resistencia ante ella. Por ello, considero central que se deje de ver a las mujeres únicamente como víctimas y se comiencen a definir las líneas de acción que estas siguen para enfrentarse a los abusos y malos tratos. Cabe advertir que, desde mi punto de vista, esto no significa borrar de nuestro discurso los malos tratos y experiencias de violencia que las mujeres han experimentado, ya que esto no es necesariamente victimizarlas, sino visibilizar una realidad que se presenta por más que las mujeres luchemos contra ella. Así pues, recupero la idea de agencia como la capacidad de actuar y hacer una diferencia, que se ve socialmente determinada por reglas y recursos y difiere de acuerdo con cuestiones como el género, la clase, la etnicidad, la edad o la educación, entre otras.

La agencia es pensada en este trabajo como un gradiente compuesto por al menos cuatro posiciones que planteé como las posibles respuestas ante la experiencia de violencia obstétrica: así, este gradiente comienza -inspirándose en el trabajo de Bourdieu (2000)- con el desconocimiento de ser sujeta de violencia y continúa con la toma de conciencia pasiva, avanza hacia las tácticas defensivas e inmediatas y tiene su manifestación más fuerte y reflexiva en la estrategia, estos últimos dos conceptos retomados de la propuesta planteada por De Certeau (2000) cuando habla de las “artes de hacer” en la vida cotidiana.

La presente investigación estuvo guiada por tres objetivos específicos, el primero de los cuales consiste en ***identificar el papel que juegan la violencia cultural y la violencia estructural en la producción de violencia obstétrica directa***. Como he señalado, la violencia de género es una de las condiciones que posibilita la existencia de la violencia obstétrica. Aunque esta última se da en un tiempo y espacio muy específicos en la vida de las mujeres y puede o no tener un carácter intencional y explícito, es decir, tiene una naturaleza muy específica, otras situaciones más graves como el feminicidio, la desaparición y la explotación de la población femenina del país nutren los imaginarios y

representaciones sobre el valor de las vidas de las mujeres, la autonomía sobre nuestros cuerpos y la forma en que podemos ser tratadas.

De esta manera se produce un clima de normalización de la violencia en el que, aunque los porcentajes de mujeres que respondieron haber vivido alguna experiencia de abuso o malos tratos durante el parto o la cesárea a una encuesta del INEGI (2017) representan un 34.8%, y hasta un 40% cuando se trata de mujeres indígenas, las quejas presentadas ante los organismos de derechos humanos o los casos difundidos por los medios son mucho menores. Esto, por otra parte, no significa que tal problemática no haya propiciado algunas iniciativas que buscan hacerle frente, como es el caso de la solicitud de activación de la Alerta de Género en el estado de Baja California.

La violencia estructural o económica se traduce, en general, en la imposibilidad de acceder a una atención acorde con las necesidades particulares de las gestantes, pero esto se presenta de forma diferenciada de acuerdo con los recursos -principalmente monetarios- con los que cada una de las mujeres cuenta. Así, quienes se atienden en instituciones públicas de salud deben enfrentarse a un sistema caracterizado por la escasez y los recortes presupuestales, producto de la implantación del modelo neoliberal, lo que algunas veces deriva en dificultades para acceder a una atención oportuna o en la improvisación por parte del personal sanitario de acuerdo con los recursos que tienen en existencia.

Las mujeres que reciben servicios particulares, por otra parte, se ven en el riesgo de ser sujetas de intervenciones que son innecesarias desde el punto de vista médico, pero que pueden significar mayores ingresos económicos para los especialistas o para el hospital, o pueden ser realizadas por comodidad o seguridad del personal médico. Además cabe señalar que acceder a una atención de calidad en el caso de que el bebé próximo a nacer tenga alguna condición que requiera cuidados especiales resulta complicado, ya que muchas de las clínicas privadas de bajo costo no cuentan con la infraestructura necesaria para ello.

El tercer elemento que compone el contexto en el que se produce la violencia obstétrica es la cultura médica violenta y autoritaria, que tiene sus bases en la formación de los estudiantes de medicina, que se ven sujetos a distintas formas de abuso, acoso e

intimidación, principalmente por parte de sus superiores y durante las etapas de internado y residencia, lo cual tiene graves consecuencias en los afectados, quienes experimentan diversas emociones negativas, disminuyen la confianza en sí mismos como profesionales, ven afectado su desempeño, terminan por sentirse insatisfechos y en casos extremos buscan refugio en sustancias como el alcohol y las drogas o llegan a la ideación o el intento suicida (Sepúlveda-Vildósola *et al*, 2017).

Tal situación es justificada bajo la idea de que esta es la única forma posible de incorporar en poco tiempo el enorme bagaje de conocimientos y habilidades necesarios para ejercer la medicina y se ve reforzada por la imagen idealizada que los estudiantes se crean sobre la figura del médico como un ejemplo a seguir que no debe ser cuestionado. La problemática de este tipo de formación es que no fomenta cualidades como el altruismo o la compasión por los pacientes, sino que todos los daños de los que los profesionales son sujetos terminan por ser proyectados en los usuarios de los servicios de salud, es decir, se produce un continuo o cadena de violencia.

La inclusión de la violencia obstétrica como un problema regulado a través de leyes y normas es reciente, pues la primera legislación que la menciona – la Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, decretada en Venezuela en 2007- ha cumplido apenas poco más de una década de existencia, sin embargo, cuenta con diversos antecedentes que la preceden y mediante los cuales se ha buscado proteger a las mujeres de la discriminación y la violencia, así como otorgarles derechos que garanticen su acceso a la salud reproductiva.

En México, la legislación respecto a este tipo de violencia es aún más reciente; en el caso específico de Baja California, el concepto de violencia obstétrica se incluye apenas en 2016 en la Ley de Acceso a de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado, sin embargo, nuestro país ha contado con otros instrumentos legales que obligan al Estado a proteger los derechos de las mujeres en el ámbito de la gestación y el nacimiento. A pesar de ello, para alcanzar una atención obstétrica libre de violencia es necesario que tanto los profesionales sanitarios como las ciudadanas posean los conocimientos sobre los distintos derechos de los que estas son titulares, es por ello por lo

que defino a la falta de una cultura de derechos mucho más sólida como el cuarto elemento que posibilita que las violaciones a estos continúen.

Así pues, es posible decir que existen dos elementos estructurales y dos culturales que funcionan como la base de la violencia obstétrica y al formar un conjunto que se entrelaza constantemente pueden ser entendidos como parte de un dispositivo, el poder obstétrico. Los primeros dos elementos son la violencia económica de Estado y la falta de una mayor cultura de derechos; ambos parten de una distribución de poder y recursos desiguales, en el primer caso se trata de recursos económicos y en el segundo de conocimiento y educación en derechos, condiciones que no son aparentes, pero posibilitan la existencia de una violencia directa y explícita.

Los elementos culturales, por su parte son la violencia de género y la cultura médica autoritaria, las cuales se emplean como una forma de justificar las violaciones de derechos. En el caso de la primera, son de particular importancia las ideas sexistas y misóginas que llevan al personal de salud a considerar que el hecho de que la gestación sea producto de un acto sexual que -probablemente- produjo placer a las mujeres es motivo suficiente para que ellas deban soportar cualquier tipo de dolor y humillación durante el alumbramiento. La cultura del campo médico, por otra parte, legitima prácticas que pueden llegar a constituirse en violencia dado que el conocimiento médico es considerado superior a otros saberes, en parte debido a la dificultad de adquirirlo -representado por la violencia que viven los mismos estudiantes de medicina- y esto le otorga un poder y autoridad a los ginecobstetras, que consolida la posibilidad de que sus discursos sean impuestos como verdades absolutas y ello les permita apropiarse de la autonomía corporal de las mujeres.

El segundo objetivo específico que conforma esta tesis es *analizar e interpretar las experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres atendidas durante su embarazo, parto y puerperio en hospitales públicos y privados de Tijuana*. Al respecto, es posible afirmar que los diversos tipos de experiencias de violencia están relacionados con tres de las dimensiones propuestas en el capítulo teórico, así la violencia estructural se expresa en falta de atención obstétrica digna y oportuna y en la vivencia de discriminación; la violencia de género se ve representada por diversos intentos del poder

obstétrico de disciplinar y volver dóciles a los cuerpos gestantes, a través tanto de tecnologías dirigidas a lo físico como a lo psicológico; y la cultura médica utiliza mecanismos como la inducción del miedo, la nacionalización y medicalización excesiva y la reafirmación de las asimetrías en las relaciones de saber/poder entre médicos y pacientes, aunque esto no es siempre así, puesto que algunos de los relatos de las mujeres permitieron ver como algunos miembros del personal de salud pueden llegar a convertirse en aliados.

Respecto al aspecto la dimensión estructural de la violencia, cabe señalar que el tipo de experiencias se diferencia según la clase de servicio al que las mujeres acceden, la mayor distinción se da entre quienes se atienden en instituciones públicas y quienes lo hacen en privadas, mientras que los malos tratos experimentados entre quienes controlaron su embarazo o dieron a luz en los dos tipos de instituciones públicas analizados son similares. En el proceso de acceder al área de tococirugía, una vez que ha iniciado el trabajo de parto, algunas mujeres tanto del grupo A como del B -es decir, quienes se atendieron en las clínicas del IMSS o de ISESALUD- experimentaron la negación de la atención oportuna por lo que se vieron en la necesidad de acudir a instituciones particulares. Mientras tanto, quienes se atendían en hospitales privados desde el inicio de su embarazo se vieron limitadas en su capacidad de elección, dado que a pesar de que aparentemente contaban con mayores recursos que el resto de las mujeres, estos se restringían a una pequeña cantidad de opciones.

Si bien la literatura habla de una triple discriminación que se dirige particularmente a las mujeres que son consideradas pobres e ignorantes o quienes tienen una adscripción étnica (Villanueva, 2010; Íñiguez, 2013), en este trabajo se confirma la fuerte marginación y exclusión que viven las mujeres indígenas, pero también se encontró que entre las informantes se ejerció la discriminación por otros dos tipos de características identitarias: la edad y el peso o apariencia física. De esta manera, en la operación de separación y jerarquización que implica la discriminación (Hopenhayn y Bello, 2001), quienes aparentemente ponían en práctica costumbres “de los pueblos”, quienes tenían una edad menor o mayor a la que el personal de salud consideraba adecuada para gestar o quienes tenían algún exceso de peso fueron convertidos en

otredades diferentes e inferiores. Un dato importante en cuanto a este tipo de experiencia es que las vivencias de discriminación solo fueron reportadas por mujeres de los grupo A y B, mientras que las informantes del grupo C, consideradas con mayores recursos o privilegios, no lo hicieron.

Un aspecto interesante en esta problemática es que los juicios de valor que el personal de salud emite se basan en prejuicios respecto a características que ellos creen que pertenecen únicamente a determinadas identidades, así en el caso de Sabina, a quien se le dijo que “las mujeres que vienen de los pueblos deberían de aliviarse allá en los pueblos”, debido a que no se había realizado una tricotomía previa a su ingreso al hospital, la persona que externó esta opinión demuestra que asocia la pertenencia indígena con el desconocimiento de los procedimientos que se llevan a cabo en una institución de una zona urbana, sin embargo, en este trabajo nos encontramos con que Abigail tuvo una experiencia similar, a pesar de que ella es oriunda de esta ciudad y no cuenta con algún marcador étnico, así, en su caso el argumento que presentó la enfermera que la atendía para sustentar su crítica fue que le hacía falta estar más “a la moda”.

En el caso de quienes fueron víctimas de gordofobia, destaca la cuestión de que esta forma de discriminación se disfraza muchas veces como una preocupación por el estado de salud o por las potenciales patologías que puede desarrollar la paciente, sin embargo, en los casos analizados en este trabajo se concluyó que los discursos estigmatizantes dirigidos a las mujeres con sobrepeso u obesidad tenían su origen en otras premisas relacionadas con el disgusto que le producía al personal de salud tener que presenciar la apariencia de estas mujeres o realizar un trabajo considerado molesto, incómodo o peligroso.

Ingresar a la sala de parto se experimenta como un rito de paso en el que se accede a una institución fría, grande, imponente e impenetrable y donde las mujeres son despojadas de algunos elementos identitarios -como su vestimenta- y uniformadas a través del uso de batas, además en este momento se vuelven sujetas de restricciones -como la prohibición de la deambulaci3n o de la ingesta de alimentos y bebidas- que ignoran sus necesidades subjetivas. En ese sentido, el cuerpo de las mujeres se vuelve un campo de batalla donde se dan confrontamientos que surgen debido a que en repetidas

ocasiones el personal de salud no respeta su autonomía, un claro ejemplo de ello son los tactos realizados sin previo aviso y sin ningún tipo de privacidad.

Aunque, como he mencionado, considero que lo hace de manera menos intensa, la violencia obstétrica comienza desde la gestación, cuando las mujeres comienzan a acudir a las consultas de control con los médicos y se establecen relaciones asimétricas donde estos son definidos como los poseedores del saber/poder, mientras que los saberes de las mujeres son desautorizados y, por tanto, ellas se ven en una posición de desempoderamiento. El poder que detentan los profesionales deviene en la caracterización de sus afirmaciones como verdades que pueden inducir al miedo.

Lo anterior ocurre particularmente en el caso de las mujeres con mayores recursos económicos y educativos, quienes fueron atendidas por ginecólogos particulares, dado que a pesar de que ellas leen y se preparan para desempeñarse de la mejor manera durante el proceso de gestación, sus saberes son invalidados cuando sus médicos les señalan que “leen demasiado” o las mandan a “volver a leer”. Esto además está vinculado con las cesáreas estimadas innecesarias por las informantes, con los embarazos en mujeres que son consideradas mayores y con quienes solicitan a sus ginecólogos permitir algunas prácticas que forman parte de la corriente de parto humanizado, como pueden ser el corte tardío del cordón umbilical o el contacto piel con piel inmediato, entre otros. En este aspecto, un factor muy importante es la ausencia de una comunicación asertiva, efectiva y oportuna entre ambas partes, sin embargo, para que esta tenga lugar es necesario que los médicos consideren a las mujeres sujetos dignos de diálogo, pues esto es un elemento que permite que se cree una relación de confianza y libre de sospechas.

La desautorización, que comienza durante las revisiones prenatales, continúa durante la etapa de parto. Mientras que en el embarazo los saberes de las gestantes son considerados inferiores y subyugados, en el área de tococirugía, cuando las mujeres están experimentando contracciones repetidamente y deben someterse a múltiples tactos y otras maniobras dolorosas, son desacreditadas como sujetos que sufren y además se les transfiere la responsabilidad del dolor que sienten. Se les demanda un cuerpo dócil, que no amenace las rutinas y protocolos que le brinda una sensación de seguridad al personal médico y de enfermería; así se presentan casos de mujeres exhaustas después de varios

días de trabajo de parto a las que se les exige pujar bajo amenaza de devolverlas a la camilla hasta que lo hagan bien, y gestantes a las que se les realizan legrados sin anestesia y se les califica de escandalosas cuando intentan defenderse.

Por tanto, cuando las parturientas no cumplen con las exigencias del personal sanitario, son víctimas de distintas consecuencias, como violencia psicológica -que se ve ejercida en forma de regaños, gritos, humillaciones, discriminación o abandono- o física -que se refleja en una medicalización excesiva o la aplicación de maniobras y procedimientos que pueden causar daños a largo plazo en el cuerpo como pueden ser una fisura anal cuando se lleva a cabo una episiotomía violenta o la fractura de costillas, producto de una maniobra de Kristeller agresiva.

La violencia psicológica en el contexto de la atención obstétrica es producto de la condena de determinadas formas de ejercer la sexualidad y la maternidad por las mujeres. Esta se traduce en constantes frases denigrantes y reprimendas, que pueden ser explícitas o disfrazarse en forma de chistes. En diversos casos, las informantes de esta investigación experimentaron este tipo de violencia de primera mano, pero en algunos otros únicamente fueron testigos de ello, sin embargo, inclusive esto produce un efecto de aleccionamiento en ellas, pues les inculca la idea de que si se “comportan mal” serán maltratadas como la persona a la que observan.

Las descalificaciones de quienes no son consideradas “buenas madres” o cuya sexualidad es vista como algo fuera de la norma muchas veces son ejercidas por mujeres que no han experimentado la maternidad o por sujetos que no tienen la capacidad de hacerlo, es decir, que en realidad no cuentan con los saberes necesarios para hablar de esta experiencia, por ello es llamativo el hecho de que les resulte menester expresarse al respecto y ello nos dice mucho, por una parte, de una falta de empatía, pero también de que estos poseen ideas de superioridad de sus saberes no solo en el aspecto médico, sino que consideran que sus opiniones son irrefutables en general, sin siquiera considerar el contexto de las mujeres a las que están juzgando, como ocurre, por ejemplo, con las adolescentes que han sido violadas y que son inmediatamente tachadas de “fáciles” por algunos miembros del personal de salud. Si bien las instituciones continúan tratando de tener injerencia en las decisiones corporales de las mujeres, esto está siendo combatido

por movimientos que buscan alcanzar el derecho al goce pleno de la sexualidad y a formas distintas de materner por parte de la ciudadanía.

Otra de las consecuencias del ritual de paso que significa acceder a las salas de parto es que muchas veces esto implica que personas que se encuentran perfectamente sanas sean calificadas y tratadas como enfermas, es decir, experimenten un proceso de patologización. Así mismo, este curso se ve lleno de prácticas de medicalización excesiva como los tactos múltiples, la tricotomía, la restricción de la movilidad, la privación de alimentos, el uso de oxitocina, la aplicación de anestesia y la realización de episiotomías, muchas de las cuales se llevan a cabo de manera rutinaria y en algunos casos con fines que no están encaminados al bienestar de la madre y el hijo, sino de la formación de los internos y residentes.

Cuando se suman los fallos humanos a los abusos en la patologización y medicalización de las mujeres, esto puede llevar a que procedimientos que no habrían sido necesarios inicialmente se vuelvan indispensables y sea imposible volver atrás. El problema consiste en que muchas veces estos procedimientos se basan en la tradición y el consenso, en lugar de hacerlo en la evidencia científica, además de tener como propósito la protección de los médicos en lugar de ver por los intereses de las gestantes.

Por supuesto, es necesario mencionar que en las experiencias de violencia obstétrica de las mujeres, no se puede generalizar y decir que el personal de salud juega siempre el papel de victimario, sino que dentro del mismo campo de la salud existen agentes con distintas posturas, lo que lleva a que en las instituciones se establezcan distintos tipos de relaciones entre el personal y las pacientes, que pueden ir desde el abandono hasta el apoyo. Así, es posible señalar que las experiencias de las gestantes fueron transformadas de manera positiva gracias a algún miembro del personal de salud que desafió las indicaciones de sus compañeros, en algunos casos de rango superior, con el fin de apoyar y brindarle bienestar a quienes se encuentran en un estado de debilidad y vulnerabilidad que las coloca en desventaja con el resto de los actores que se desempeñan en las salas de parto.

A pesar de que en este trabajo he explicado cómo la lógica capitalista es una de las bases que permiten que se produzca la violencia obstétrica, dado que incentiva a que

algunos profesionales de la salud persuadan a las mujeres a realizarse procedimientos que resultan más convenientes y redituables económicamente para ellos, es preciso mencionar que entre los hallazgos se encontró que algunos ginecólogos en su práctica privada apoyaron a las gestantes cuando sufrieron algún mal trato con otro colega o negación de la atención en una institución pública, reduciendo sus honorarios o brindándoles servicios gratuitos, con el fin de que ellas pudieran acceder a una atención acorde a sus necesidades o deseos.

El tercer objetivo específico de esta investigación *es examinar las distintas formas de agencia puestas en práctica por las mujeres con el fin de enfrentarse a sus experiencias de violencia obstétrica a nivel individual y colectivo*. Para realizar este examen se partió de un planteamiento en el que comprendemos a la agencia como un gradiente compuesto por distintas posiciones que determinan la capacidad de actuar y hacer una diferencia en la realidad social. Así, este gradiente tiene su punto de partida en el desconocimiento de que se está siendo víctima de violencia, lo que significa que no hay acción mediante la que se le haga frente a esto. En la siguiente posición se encuentra la conciencia pasiva, en la que ya hay un conocimiento de la violencia de la que se es sujeta, pero esto no se traduce aún en formas de resistencia ante ella. El siguiente paso es la táctica, una forma de acción en la que no se cuenta con muchos recursos y el objetivo es salir inmediatamente de la situación de abuso que se está experimentando. Finalmente, la estrategia es un modo de agencia que se da de manera fuerte y ofensiva, a partir de un cálculo de relaciones de fuerzas.

Como he indicado ya, considero que la conformación de mi muestra de informantes es un elemento importante en el hecho de que hayan sido pocos los casos en los que las mujeres experimentaran violencia sin haberse percatado de ello. Así mismo, es necesario mencionar que estos casos oscilan entre el desconocimiento total de los abusos de los que ellas eran sujetas y una ambigüedad, incertidumbre o falta de claridad respecto a la forma en que deberían haber sido atendidas.

La conciencia pasiva es una forma de agencia que aparece con mayor frecuencia, puesto que como he dicho, las mujeres que formaron parte de esta investigación fueron seleccionadas a partir de su conocimiento respecto a haber sufrido malos tratos o

intervenciones innecesarias durante la atención obstétrica. Las razones que operan en el hecho de que a pesar de ser conscientes de estos abusos ellas no intentaran enfrentarse a ellos son de tres tipos: el primero es el reconocimiento o identificación de los dominados con sus dominadores, es decir, la internalización de las normas de la medicina hegemónica, o la aceptación de la dificultad para subvertir las relaciones asimétricas existentes entre el personal de salud y las pacientes. El segundo es el sentimiento, que tiene que ver con la enorme cantidad de emociones -en gran parte negativas- y el estado de vulnerabilidad que caracteriza a los procesos de gestación que nos fueron narrados. El último es el desconocimiento respecto a las posibles líneas de acción para enfrentarse a la violencia.

Así, algunas mujeres no denunciaron la violencia porque no querían revivir la situación, no confiaban en que fueran a obtener recibir ningún resultado de ello, no sabían qué hacer o se vieron paralizadas por los sentimientos de vergüenza, humillación y miedo surgidos de los mismos maltratos. En síntesis, como escribe Sadler (2003), se vieron desprovistas de los esquemas necesarios para enfrentarse, aunque no necesariamente resistirse, al paradigma hegemónico que goza del poder.

Las tácticas surgen como una forma de aprovechar las coyunturas y las fallas en las estructuras para salir de una situación de violencia de la manera más inmediata y sencilla posible, es decir, son empleadas cuando se estima no contar con recursos suficientes y con condiciones que nos favorecerán del todo por mucho tiempo. En el contexto de esta investigación las tácticas fueron empleadas como una forma de ser dada de alta lo más pronto posible y de conseguir salir de la institución sin que fuera necesario colocarse un método anticonceptivo, esto fue logrado a través de prácticas como la omisión de información o la sustracción de documentos.

Las estrategias fueron una de las formas de agencia que se presentaron reiteradamente, aunque cabe señalar que la mayor parte de estas tuvieron lugar una vez que las mujeres habían sido dadas de alta de las instituciones de salud y en algunos casos cuando ya había finalizado la etapa de puerperio. Encontramos que las estrategias puestas en juego por las informantes pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

1. La verbalización de sus necesidades, dudas y cuestionamientos, única estrategia que se dio dentro de las instituciones de salud y que fue implementada por la mayoría de las mujeres, pero que en buena parte de las ocasiones no tuvo éxito. En los casos en los que sí se obtuvo un beneficio esto tuvo que ver con que la gestante llegó al extremo de dirigirse a agentes externos a la sala de parto, como la trabajadora social, o ya contaba con un plan de acción previo a su ingreso al hospital, como acudir a los medios de comunicación para dar a conocer la situación de abuso que experimentó.
2. El cambio de tipo de atención, ya sea que se trate de una estrategia que se dio en el plazo inmediato porque no se consiguió recibir la atención médica oportuna cuando la embarazada sintió que el momento del parto ya se acercaba y esto era negado por el personal de salud; a mediano plazo, debido a que se produjeron descontentos o controversias con el tipo de cuidados que el prestador de servicios estaba dispensando o estaba dispuesto a otorgar; o a largo plazo, es decir, en un proceso de gestación posterior, lo cual llegó a derivar inclusive en un giro hacia formas alternativas de parir.
3. La presentación de quejas o denuncias, que resultó ser muy poco frecuente, debido a algunas razones ya señaladas, como el deseo de no revivir la situación de abuso o la desconfianza en que llevar a cabo esta acción produzca de verdad algún resultado. Así, el caso que registramos fue posible gracias a que la informante contaba con redes de apoyo que le proporcionaron la información necesaria para que pudiera realizar la denuncia en la misma institución de salud.
4. La asistencia a terapia psicológica o grupos de apoyo, que tienen como fin el resarcir el daño emocional producto de la violencia obstétrica. En el caso de los grupos de apoyo, se observó que nuestras informantes han asistido a algunas organizaciones que se enfocan en temas paralelos al parto o la maternidad, como la Liga de la Leche, por ejemplo, o han creado sus propios grupos con conocidas que han tenido experiencias similares a las suyas.

Un aspecto que es importante rescatar respecto a las formas de agencia puestas en práctica por las mujeres que experimentaron violencia obstétrica en los hospitales de

Tijuana es que no solo quienes aparentan contar con mayores recursos son las que actúan, sino que en los tres grupos que analizamos hubo acciones de resistencia o rebeldía. Así, reiteramos que la creatividad, la auto representación y las motivaciones de los sujetos son los elementos que juegan un papel determinante en la conformación de la agencia.

Donde consideramos que la cuestión de los recursos tiene un rol mucho más sobresaliente es en la determinación de las trayectorias de aprendizaje, puesto que aunque en todos los grupos con los que se trabajó fue posible encontrar el desarrollo de estas, quienes poseen un mayor capital económico y social tienen mayores posibilidades de adquirir nuevas experiencias que les permiten alcanzar el objetivo de vivir procesos de gestación y partos en los que se sientan respetadas y tratadas de forma más humana. En este sentido es necesario tomar en cuenta el carácter no lineal de estas trayectorias puesto que, como he señalado, en muchas ocasiones se presentan obstáculos y dificultades que complican su avance.

Es importante resaltar que la agencia no se desarrolla únicamente de manera individual, sino que se ve nutrida por una agencia a nivel colectivo. Así, entre las informantes se encontró que estas están ligadas a distintos grupos u organizaciones que han cumplido un papel importante en su toma de conciencia respecto a la violencia obstétrica, por ejemplo, una buena parte de las mujeres que participaron en esta investigación forman parte del grupo de *Facebook* “Parto humanizado/respetado en Baja California”, donde se discute información, se resuelven dudas y se recomiendan opciones para acceder a formas alternativas de parir. Así mismo, algunas de ellas están vinculadas con el movimiento de partería y en el caso de las mujeres indígenas, ellas han recibido talleres donde se les ha hablado sobre los distintos tipos de violencia de género -entre ellas la obstétrica- en la Casa de la Mujer Indígena Donají Tijuana.

Las luchas que estos grupos y organizaciones llevan a cabo no se dan en un vacío, sino en un campo lleno de disputas sobre lo que unos y otros agentes consideran los discursos legítimos sobre el nacimiento y el cuerpo de las mujeres. Es solo en la interconexión entre los niveles macro, meso y micro y a través del entendimiento de que todas las mujeres somos susceptibles de ser víctimas de la violencia obstétrica -a pesar de nuestra condición económica, social o educativa, entre otras-, pero que esta se da de

manera diferenciada según nuestras características y por tanto es necesario tener presente su carácter interseccional, que resultará posible continuar con la lucha hacia la descolonización del útero y el desmantelamiento del poder obstétrico tal y como lo conocemos.

Las principales aportaciones que considero haber conseguido a través del desarrollo de esta tesis son tres: en primer lugar el visibilizar que la violencia obstétrica se da en todo tipo de contextos, en este caso en un espacio altamente urbanizado y no solo en zonas rurales o remotas como podríamos deducir si nos guiamos por la mayoría de los casos que son dados a conocer en los medios de comunicación y difundidos en la redes sociales. Así mismo, se ha evidenciado que las víctimas de la violencia obstétrica no son solo mujeres indígenas, pobres o sin educación, sino que esta es una experiencia que alcanza a todo tipo de mujeres, con menores o mayores recursos, aunque por supuesto algunos casos de abuso resultan mucho más graves que otros, es decir, no podemos negar que el acceso a recursos y las características identitarias hace una diferencia, en particular en el tema de la discriminación.

El segundo aporte de esta investigación ha sido el de analizar a profundidad y en conjunto las condiciones culturales y estructurales que dan cabida a la existencia de la violencia obstétrica, pues si bien estas habían sido enunciadas por diversos autores, consideramos que su estudio a detalle es una tarea esencial para que todas las dimensiones que componen esta problemática puedan comenzar a ser transformadas y puede funcionar como un llamado a las instituciones a repensar la forma en que están relacionándose no solo con sus usuarios, sino también con las personas que componen su estructura.

La última contribución, pero la que considero más importante, es la de haber conseguido hacer patente que las mujeres no son simples víctimas de la violencia obstétrica, sino que, a pesar de experimentar diversas e intensas formas de violencia, se constituyen en agentes que se enfrentan a su realidad y pueden llegar a ser capaces de transformarla en beneficio propio a través de diversas tácticas y estrategias. Además de que creo que esto constituye un aporte original al campo académico de los estudios culturales y los estudios de género, espero que tal conocimiento sea capaz de inspirar a

quienes se acerquen a este trabajo para informarse, movilizarse y hacer comunidad en el movimiento de descolonización el útero junto con alguno de los grupos u organizaciones que ya se encuentran en pie de lucha, así como de infundir un soplo de esperanza en quienes planean ser madres en un futuro, pues como lo demuestran algunos de los casos aquí descritos, es posible gestar y parir de forma más humana y respetada.

Quedan como una agenda pendiente algunas cuestiones que por sus alcances teóricos y metodológicos este trabajo no toca o no alcanza a profundizar, como:

1. La perspectiva de los profesionales de la salud respecto a la problemática de la violencia obstétrica. Para poder llevar a cabo un trabajo a profundidad respecto a este tema considero que es indispensable que este sea realizado por un equipo interdisciplinario que incluya a personal médico o de enfermería, lo cual facilite el contacto y el entendimiento con sus colegas, pero que también esté conformado por profesionales de las ciencias sociales o las humanidades que puedan enriquecer la perspectiva médica, puesto que si bien ya existen trabajos sobre este tema, buena parte de ellos son de tipo cuantitativo y no llegan a analizar a fondo las lógicas y motivaciones que guían a los miembros de este campo.
2. Si bien, aquí se examinó de modo muy somero, opino que un aspecto muy interesante de este tema, y suficiente para elaborar otra tesis, sería el microanálisis de las relaciones y la comunicación que se establecen entre el personal de salud, las pacientes y los distintos agentes que juegan un papel en las salas de parto. Este trabajo requeriría partir de una intensa y extensa labor de observación de primera mano.
3. Otro tema que apareció constantemente en los relatos de las mujeres fue el de las problemáticas que experimentaron para establecer la lactancia materna, tras haber sido separadas de sus hijos durante horas en el posparto, periodo en el que a algunos de los bebés se le suministraron biberones “pirata”, es decir, con fórmula, a pesar de que ellas habían manifestado su oposición a ello. Esto lleva a pensar que la relación entre violencia obstétrica y lactancia es una materia digna de ser investigada.

4. Finalmente, una cuestión que puede ser de sumo interés es la de ver cómo se relacionan y conectan las experiencias de violencia obstétrica en una transición hacia formas alternativas de parir, como los partos y cesáreas humanizadas/respetadas, los partos en casa, y otras prácticas espirituales como las bendiciones del útero, los altares de parto o los *blessingway*⁴² como recursos de empoderamiento de las gestantes en los procesos de descolonización del útero.

Cierro estas conclusiones señalando que como experiencia personal de investigación y crecimiento académico, elaborar esta tesis ha sido una oportunidad para enriquecer mi conocimiento sobre la forma en que opera la violencia de género y en particular la violencia obstétrica. Si bien el vínculo entre violencia, cuerpo y género es un tema en el que me había interesado y que había trabajado previamente en mi tesis de maestría, mi acercamiento a este había producido hallazgos en los que aunque se estaban produciendo cambios generacionales en torno a los discursos y prácticas de feminidad en una institución religiosa, las mujeres ejercían violencia simbólica hacia quienes no cumplían con los mandatos que esta dictaba, es decir, las conclusiones no resultaban del todo alentadoras en este aspecto. En el presente trabajo, por el contrario, a pesar de que he analizado formas de violencia más directas, intensas y visibles, que dejan marcas indelebles, fue interesante y estimulante ver que estas experiencias llevan a la acción y la transformación de quienes las viven.

Así mismo, comprender la complejidad tanto de lo que subyace a la parte de la violencia directa, es decir, sus elementos culturales y estructurales, como interpretar las narrativas de las mujeres con un lente teórico y no caer en el error de simplemente enlistar los procedimientos inadecuados de los que fueron sujetas, como imaginar las categorías más adecuadas para clasificar, describir y analizar las formas en que ellas se enfrentan a esta problemática ha sido un enorme reto en mi proceso de formación como especialista en estudios culturales y estudios de género.

⁴² Se trata de un acontecimiento espiritual en el que, a diferencia del conocido *baby shower*, más que hacer regalos para el futuro bebé, se brinda apoyo emocional a la embarazada, es una especie de fiesta de sanación entre mujeres, en la que se le dan masajes, se hacen oraciones, se le peina, se decora su cabello, se pinta su vientre, se encienden velas o se crean amuletos para el parto (Rovati, 2011).

REFERENCIAS

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
- Agencia Fronteriza de Noticias, AFN. (2016, mayo 19). En BC persiste Violencia Gineco-Obstétrica. *Agencia Fronteriza de Noticias*. Recuperado de: http://www.afntijuana.info/informacion_general/56562_en_bc_persiste_violencia_gineco_obstetrica
- Aguirre, A., B. Martínez, K. Rivero, C. Blancas, S. Badillo, L. González y J. Marzuca (2013). La atención del parto: poder, derechos, violencia. *Revista Salud Quintana Roo*, 6(25), 21-25.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 155-180.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2007). *Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Caracas: Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2016). *Informe para el primer debate del Proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del Embarazo, Parto y Posparto*. Recuperado de: <http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/217%20ley-parto-hum-grivadeneira-15-03-2016/Inf-1d-parto-humanizado-25-08-2016.pdf>
- Barker, C. (2004). *The SAGE Dictionary of Cultural Studies*. London: SAGE.
- Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Bautista, C. (2013). Ser madre en México... según las estadísticas. *Forbes México*, mayo 10. Recuperado de: <http://www.forbes.com.mx/ser-madre-en-mexico-segun-las-estadisticas/>
- Bellón, S. (2014). *Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* (Tesis de maestría en Estudios de Género y Mujeres). Universidad de Granada/Utrecht University.
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, 32, 9-33.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bueno, L. (2019). [VIDEO] Hospital Materno Infantil quedó inaugurado al público. *El Sol de Tijuana*, marzo 25. Recuperado de: <https://www.elsoldetijuana.com.mx/local/video-hospital-materno-infantil-queda-inaugurado-al-publico-3230954.html>
- Bueno, L. (2018). Hospital Materno Infantil, sin fecha para inauguración. *El Sol de Tijuana*, octubre 16. Recuperado de: <https://www.elsoldetijuana.com.mx/local/hospital-materno-infantil-sin-fecha-para-inauguracion-2130288.html>
- Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18(40), 185-192.

- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162.
- Camacaro, M. (2008a). La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Ensayo y error*, 17(35), 95-115.
- Camacaro, M. (2008b) Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada. En: Y. Delgado y M. González (comps.). *Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política* (pp. 293-310). Laboratorio de investigación en estudios del trabajo. (LAINET). Venezuela: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. 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, LXIII Legislatura. (Sin fecha a). *Iniciativas presentadas por diputado en la LXIII Legislatura turnadas a comisión*. Recuperado de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=233&pert=7
- Cámara de Diputados, LXIII Legislatura. (Sin fecha b). *Iniciativas presentadas por diputado en la LXIII Legislatura turnadas a comisión*. Recuperado de: http://sitl.diputados.gob.mx/LXIII_leg/iniciativas_por_pernplxiii.php?iddipt=56&pert=11
- Cámara de Diputados de Chile. (2017). Proyecto de Ley que Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto. *Boletín 11549-11*. Recuperado de: <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=38641&formato=pdf>
- Carvajal, J. y C. Ralph (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carrillo-Esper, R. y K. Gómez-Hernández. (2014). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Revista de Investigación Médica Sur*, 21(4), 172-176.
- Casas, D., I. Casas, R. Rodríguez y S. Resendiz. (2010). Reflexiones sobre el habitus médico institucional. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(4), 106-108.
- Castañeda, M., P. Ravelo y T. Pérez. (2013). Femicidio y violencia de género en México: omisiones del Estado y exigencia civil de justicia. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 74(34), 11-39.
- Castrillo, B. (2016). "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 24, 43-68.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R. y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En López, P., Rico, B., Langer, A. y Espinoza, G. (Comps.), *Género y política en salud* (pp. 255-273). México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Castro, A. y V. Savage (2018). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, DOI:10.1080/01459740.2018.1512984.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, CENETEC. (2014). *Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*. México, D.F.: CENETEC.

Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, 0(0), 1-21.

Chattopadhyay, S., A. Mishra y S. Jacob (2018). ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815-829.

Chiarotti, S.; García, M.; Aucía, A. y Armichiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR-CLADEM.

Clements, D. y J. Sarana (2004). Learning Trajectories in Mathematics Education. *Mathematical Thinking and Learning*, 6(2).

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, CEDHBC. (2017a). *Recomendación No. 14/2017*. Tijuana: CEDHBC.

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, CEDHBC. (2017b). *Recomendación No. 9/2017*. Tijuana: CEDHBC.

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, CEDHBC. (2017c). Participa CEDHBC en diálogo con expertos sobre violencia obstétrica en UABC. *Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California*. Recuperado de: <http://www.derechoshumanosbc.org/noticias/participa-cedhbc-en-di%C3%A1logo-con-expertos-sobre-violencia-obst%C3%A9trica-en-uabc>

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, CEDHBC. (2016a). *Recomendación No. 14/2016*. Tijuana: CEDHBC.

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, CEDHBC. (2016b). *Recomendación No. 5/2016*. Tijuana: CEDHBC.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH. (2017a). *Recomendación No. 75/2017*. Ciudad de México: CNDH.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH. (2017b). *Recomendación General No. 31/2017*. Ciudad de México: CNDH.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH. (2015a). *Recomendación No. 50/2015*. México, D.F.: CNDH.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH. (2015b). *Recomendación No. 19/2015*. México, D.F.: CNDH.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. (2000). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: Naciones Unidas.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (21ª edición impresa). México, D.F.: Secretaría de Gobernación.

Covarrubias, E., Salas, F. y Meléndez, L. (2011). “Y salí del hospital con mi hija y un gran dolor en el corazón”. Reflexiones en torno a la violencia en la atención hospitalaria del parto. *Mirada Antropológica*, 11(11), 89-105.

- Crotty, M. (1998). *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*. London: SAGE.
- Cuellar, M. (2019). Femicidios no son tendencia en Tijuana, asegura el alcalde Gastélum. *La Jornada*, febrero 26. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2019/02/26/sociedad/032n3soc>
- Cuello, N. (2016). ¿Podemos lxs gordxs hablar?: activismo, imaginación y resistencia desde las geografías desmesuradas de la carne. En: Contrera, L. y N. Cuello. *Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne* (pp. 37-54). Buenos Aires: Madreselva.
- Da-Silva-Carvalho. I. y R. Santana-Brito (2017). Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth. *Enfermería Global*, 47, 89-97.
- Davis-Floyd, R. (1994). The rituals of american hospital birth. En: D. McCurdy (Ed.). *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology* (pp. 323-340). New York: HarperCollins.
- De Certeau, Michel, 2000, *La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer*, México, IBERO/ITESO.
- De Miguel, A. (2003). El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Revista Internacional de Sociología*, 35, 127-150.
- Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.
- Ehrenreich, N. (1993) The Colonization of the Womb. *Duke Law Journal*, 43(3), 492-587.
- Escalante, F. (2015). *Historia mínima del neoliberalismo*. México: El Colegio de México.
- Espinoza, E. (2019). Entrevista, *Xóchitl*, partera, Tijuana, 28 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Abigail*, grupo B, Tijuana, 19 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Ágata*, grupo B, Tijuana, 20 de julio.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Brisa*, grupo B, Tijuana, 21 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Daisy*, grupo B, Tijuana, 16 de julio.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Fidelia*, grupo A, Tijuana, 17 de julio.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Jimena*, grupo B, Tijuana, 25 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Julia*, grupo A, Tijuana, 14 de marzo.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Lizeth*, grupo A, Tijuana, 26 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Lucía*, grupo A, Tijuana, 13 de marzo.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Miranda*, Grupo C, Tijuana, 20 de marzo.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Nancy*, grupo B, Tijuana, 20 de marzo.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Sabina*, grupo A, Tijuana, 29 de junio.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Sandra*, grupo A, Tijuana, 31 de marzo.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Tula*, Grupo C, Tijuana, 26 de febrero.
- Espinoza, E. (2018). Entrevista, *Rosario*, parto en casa, Tijuana, 16 de marzo.
- Espinoza, E. (2014). *Más que Evas y Marías: discursos y prácticas de feminidad en la primera Iglesia Apostólica de la Fe en Cristo Jesús en Tijuana* (Tesis de maestría en estudios culturales). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.

- Estévez, A. (2017). La violencia contra las mujeres y la crisis de derechos humanos: de la narcoguerra a las guerras necropolíticas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de género de El Colegio de México*, 3(6), 69-100.
- Fabela, O. (2019). Bebé nació en la calle por negligencia del IMSS. *Uniradio Informa*, marzo 18. Recuperado de: https://www.uniradioinforma.com/noticias/tijuana/560001/bebe-nacio-en-la-calle-por-negligencia-del-imss.html?utm_source=Boletin&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter
- Faneite, J., A. Feo, y J. Toro (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12.
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C., FEMECOG. (2015). Pronunciamento. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(7), 387-388.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Fernández, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128.
- Ferrandiz, F. y C. Feixa. (2004). Una mirada antropológica sobre las violencias. *Alteridades*, 14(27), 159-174.
- Flores-Compadre, J., F. Cruz, G. Orozco y A. Vélez. (2013). Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(1), 26-31.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef/ Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009). *La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Unfpa. (2004). *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: UNFPA.
- Fornes, V. (2009). *Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*. Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo veintiuno editores.
- Freyermuth, G. (2015). Incidencia política en la mejora de la salud de las mujeres a través del discurso de los derechos humanos. Casos paradigmáticos. En G. Freyermuth (coord.). *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México/ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Fuentes, R., C. Manrique y O. Domínguez. (2015). Condiciones generales de los estudiantes de medicina de la generación 2010 durante su internado rotatorio de pregrado en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. *Acta Bioethica*, 21(1), 29-36.

- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de estrategia*, 183, 147-168.
- Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: Bakeaz.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Garay, J. (2017). Violencia obstétrica: una mirada desde el interaccionismo simbólico y la etnoenfermería. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 7.
- García, E. (2015). *La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España* (Trabajo de fin de máster universitario en investigación aplicada en Estudios Feministas, de Género y Ciudadanía). Universitat Jaume I, Castelló de la Plana, España.
- García, G. (2009). Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 247-272.
- García, M., M. Jiménez y E. Martínez. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*, Serie Monografías EASP No. 48. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García, T. (2015). La reforma constitucional mexicana de 2011 en materia de derechos humanos. Una lectura desde el derecho internacional. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 48(143), 645-696.
- Garriga, J. y G. Noel. (2010). Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso. *Publicar*, 8(9), 97-119.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para teoría de la estructuración*. Argentina: Amorrortu editores.
- Giménez, G. (2005). La concepción simbólica de la cultura. En: G. Giménez (comp). *Teoría y análisis de la cultura* (pp. 67-87). México: Conaculta/Icocult.
- Gobierno de la República de Costa Rica. (2015). Proyecto de Ley para Proteger a la Mujer Embarazada y Sancionar la Violencia Obstétrica (pp. 3-4). *La Gaceta, Diario Oficial*. San José: Imprenta Nacional.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gómez, B. y O. Tena (2018). Narrativas de mujeres en torno a su experiencia de no maternidad: resistencias ante tecnologías de género. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de género de El Colegio de México*, 4, 1-35.
- Gonçalves, M., Carreira, M., Pinheiro, L., Carcaman, R. y Kakuda, A. (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. *Northeast Network Nursing Journal – Rev Rene*, 15(4), 720-728.
- González, J., M. Moya, A. Barbal, T. Dura, M. Juste, C. Castaño y R. Gonzalez. (1998). Morbilidad neonatal asociada a líquido amniótico meconial. *Anales Españoles de Pediatría*, 48(1), 54-59.
- Gonzalez, M. (2015). Resistance of Mayan Women against Obstetric Violence. *Global Societies Journal*, 3, 1-11.

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE). (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. Recuperado de: <<http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>>

Grupo de Trabajo Conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género Contra las Mujeres en el Estado de Baja California. (2015). *Informe del Grupo de Trabajo conformado para Atender la Solicitud de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres en el Estado de Baja California*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/81621/INFORME_BC-reducido.pdf

Gutierrez, N. (2017). Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo. En: A. Saldaña, L. Venegas y T. Davids (coords.). *¡A toda madre!: una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México* (pp. 41-70). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia/ Editorial Itaca/ Universidad De Guanajuato/ Universidad de Radboud.

H. Congreso del Estado de Baja California. (2008). *Ley de Acceso a de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Baja California* (Última Reforma 29 de julio de 2016). Mexicali, B.C.

Heras, A. (2018). Violencia azota Tijuana; registra más de 6 asesinatos diarios. *La Jornada*, octubre 5. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2018/10/05/violencia-azota-tijuana-registra-mas-de-6-asesinatos-diarios-1036.html>

Hesse-Biber, S. (2008). Feminist Research. En: L. Given (ed). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (pp. 335-338). Los Angeles: SAGE.

Homedes, N. y A. Ugalde. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220.

Hopenhayn, M. y A. Bello. (2001). Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe. *Serie Políticas Sociales*. Santiago de Chile: CEPAL.

Iglesias, D. (2018). Aumentan denuncias por violencia de género en Tijuana y BC. *Uniradio Informa*, octubre 5. Recuperado de: <https://www.uniradionoticias.com/noticias/bajacalifornia/542262/aumentan-denuncias-por-violencia-de-genero-en-tijuana-y-bc.html>

Iglesias, J., D. Saldívar, V. Bermúdez y A. Guzman. (2005). Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Medicina Universitaria*, 7(29), 191-202.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2018). Baja California. *México en cifras*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=02#>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016*. México: INEGI. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2016). *Anuario estadístico y geográfico de Baja California 2016*. México: INEGI.

Iñiguez, L. (2013). La aguja en el pajar. *Animal Político*, noviembre 19. Recuperado de: <<http://www.animalpolitico.com/blogueros-punto-gire/2013/11/19/la-aguja-en-el-pajar/>>

Jarillo, E., D. Casas y G. Contreras. (2016). La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 4(11).

Junqueira, V. y C. De Matos (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26(2).

Kesztyus, K. (2018). The Contemporary Neoliberal State and Economic Violence. *E-International Relations Students*. Recuperado de: <https://www.e-ir.info/2018/05/31/the-contemporary-neoliberal-state-and-economic-violence/>

Kukura, E. (2018). Obstetric violence. *The Georgetown Law Journal*, 106, 721-801.

Kurtz, S. (2002). Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29(2), S23-S29.

Lakin, J. (2009). Rapport. En: H. Reis y S. Sprecher (eds.). *Encyclopedia of human relationships* (pp. 1238-1239). California: SAGE Publications, Inc.

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101.

Magally, S. (2003). Paulina, víctima del conservadurismo oficial. *Cimac noticias*, septiembre 3. Recuperado de: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/30071>

Maier, E. (1999). El mito de la madre. *Iztapalapa*, 45, 79-106.

Matías, P. (2013). Irma, la indígena mazateca que parió en el patio de un hospital. *Proceso*, octubre 4. Recuperado de: <https://www.proceso.com.mx/354510/irma-la-indigena-mazateca-que-pario-en-el-patio-de-un-hospital>

Maya, A. (2018). Evidencian falta de medicamentos e insumos en Hospital de Tijuana. *La Jornada*, octubre 4. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2018/10/04/evidencian-falta-de-medicamentos-e-insumos-en-hospital-de-tijuana-8049.html>

McDonald, J., O. Mojarro, P. Sutton y S. Ventura. (2015). Cesarean Birth in the Border Region: A Descriptive Analysis Based on US Hispanic and Mexican Birth Certificates. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 112-120.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, MESECVI. (2012). *Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará*. Washington: OEA.

Meza, A.; Mancinas, S.; Meneses, S. y Meléndez, D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5), 360-364.

Miranda, P. (2019). A falta de equipo, médicos optan por la improvisación. *El Universal*, febrero 24. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/falta-de-equipo-medicos-optan-por-la-improvisacion>

Molina, C. y F. Tobar. (2018). ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 65-73.

Monroy, S. (2012). *El continuo ginecoobstétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá* (Tesis para optar al título de Magíster en Estudios de Género). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Montes, M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index de Enfermería*, 17(1).

- Montes-Villaseñor, E., J. García-González, M. Blázquez-Morales, A. Cruz-Juárez y X. De-San-Jorge-Cárdenas. (2018). Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *Ciencia UAT*, 12(2), 54-66.
- Muñoz, P. (2011). *Violencias Interseccionales. Debates Feministas y Marcos Teóricos en el tema de Pobreza y Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica*. Tegucigalpa: Central America Women's Network (CAWN).
- Naciones Unidas. (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Opazo, D., A. Ramírez y C. Chamorro (2017). Experiencias de mujeres víctimas de violencia obstétrica y de sus acompañantes de la ciudad de Chillán. *Collectivus: Revista de Ciencias Sociales*, 4(2), 78-102.
- Organización de los Estados Americano, OEA. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. Belém do Pará: OEA.
- Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de abril. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación.
- Ortiz-León, S., A. Jaimes-Medrano, S. Tafoya-Ramos, M. Mujica-Amaya, V. Olmedo-Canchola y J. Carrasco-Rojas. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y cirujanos*, 82(3), 290-301.
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 22, 35-67.
- Palomar, C. y Suárez, M. (2007). Los entretelones de la maternidad. A la luz de las mujeres filicidas. *Estudios Sociológicos*, 25 (74), 309-340.
- Pereira, C., Domínguez, A. y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 81-90.
- Perera, D., R. Lund, K. Swahnberg, B. Schei y J. Infanti (2018). 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1).
- Periódico La Jornada. (2018). La CEDHBC pide resolver carencias en el Hospital General de Tijuana. *La Jornada*, noviembre 4. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2018/11/04/estados/025n1est>
- Pintado, S., Penagos, J. y Casas, M. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(3), 173-178.
- Pipas, M. y M. Jaradat (2010). Assertive Communication Skills. *Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica*, 12(2), 649-656.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of New York Press.
- Pozzio, M. (2016), La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas*, 24(1), 101-117.

Pozzio, M. (2014). “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. *Salud Colectiva*, 10(3), 325-337.

Presidencia del Congreso del Estado de Baja California. (2015). *Iniciativa por la que se adicionan los artículos 269 BIS y 269 TER al Código Penal para el Estado, a fin de tipificar como delito la violencia obstétrica*. Recuperado de: http://www.congresobc.gob.mx/Parlamentarias/Documento/IREF_RUVALCABA_02JUL15.pdf

Procuraduría de los Derechos Humanos y. Protección Ciudadana de Baja California, PDHPCBC. (2013). *Recomendación No. 18/2013*. Tijuana: PDHPCBC.

Procuraduría de los Derechos Humanos y. Protección Ciudadana de Baja California, PDHPCBC. (2011). *Recomendación No. 08/2011*. Tijuana: PDHPCBC.

Ramírez, A. y M. Cuéllar. (2019). Por carencias mueren recién nacidos en el HGT; suman 13 en 3 meses: médicos. *La Jornada Baja California*, mayo 23. Recuperado de: <http://jornadabc.mx/tijuana/23-05-2019/por-carencias-mueren-recien-nacidos-en-el-hgt-suman-13-en-3-meses-medicos?fbclid=IwAR3BBiTsflFT0Pk9ZIEcmZskd8atSqpGmepcpieciXZQGV2Z5P1m8mQKc3w>

Red Iberoamericana Pro-Derechos Humanos A.C. (2015). *Solicitud de Declaratoria de Alerta de Violencia de Género del Estado de Baja California*. Recuperado de: <https://alertadegenerobc.org/solicituddeclaratoriaavgbc/>

Reina, E., M. Centenera y S. Torrado. (2018). América Latina, la región más letal para las mujeres. *El País*, noviembre 25. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2018/11/24/actualidad/1543075049_751281.html

Rello, M. (2014). Médicos del movimiento #Yosoy17 alistan nueva marcha. *Milenio*, octubre 8. Recuperado de: http://www.milenio.com/region/Medicos-movimiento-YoSoy17-alistan-marcha_0_386961543.html

Reyes, K. (2019). Inauguran Hospital Materno Infantil. *Frontera.info*, marzo 25. Recuperado de: <https://www.frontera.info/Noticias/2019/03/25/1418381-Inauguran-Hospital-Materno-Infantil.html>

Reyes, K. (2018). Invitan doctores a manifestarse en el Hospital General de Tijuana. *Frontera.info*, octubre 3. Recuperado de: <https://www.frontera.info/EdicionEnLinea/Notas/Noticias/03102018/1377526-Invitan-doctores-a-manifestarse-en-el-Hospital-General-de-Tijuana.html>

Reynoso, S. (2019). Hospital General de Tijuana opera con el 30% de insumos. *Cadena Noticias*, abril 2. Recuperado de: <https://cadenanoticias.com/nacional/2019/04/hospital-general-de-tijuana-opera-con-el-30-de-insumos>

Rico, N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Chile: CEPAL.

Ríos, B., S. Romero y J. Olivo. (2013). La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento. *Waxapa*, 5(9), 20-30.

Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: M. Sadler, M. Acuña y A. Obach. *Nacer, Educar*,

Sanar; Miradas desde la Antropología del Género (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Santiago de Chile: Catalonia.

Sánchez, A., S. Espinosa, C. Ezcurdia y E. Torres (2004). Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México, *Debate feminista*, 30, 55-86.

Scheper-Hughes, N. y P. Bourgois. (2004). Introduction: Making Sense of Violence. En: N. Scheper-Hughes y P. Bourgois (eds.). *Violence in War and Peace: An Anthology* (pp. 1-27). Oxford: Blackwell.

Secretaría de Gobernación/ Instituto Nacional de las Mujeres/ Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. (2017). *La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2016*. México: SEGOB/ INMUJERES/ ONU Mujeres.

Secretaría de Salud. (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. *Diario Oficial de la Federación*. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación.

Secretaría de Salud. (1984). *Ley General de Salud. Última reforma publicada en DOF 16 de diciembre de 2016*. México, D.F.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2009). *Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2004). *Ley N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento*. Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

Sepúlveda-Vildósola, A., A. Mota-Nova, G. Fajardo-Dolci e I. Reyes-Lagunes. (2017). Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), S92-101.

Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México. En: A. Saldaña, L. Venegas y T. Davids (coords.). *¡A toda madre!: una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México* (pp. 71-112). México: Instituto Nacional de Antropología e Historia/ Editorial Itaca/ Universidad de Guanajuato/ Universidad de Radboud.

Sewell Jr., W. (1998). Culture, structure, agency, and transformation. En: P. Smith (ed.). *The New American Cultural Sociology* (pp. 188-201). United Kingdom: Cambridge University Press.

Smith-Oka, V. (2015). Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Social Science & Medicine*, 143, 9-16.

Suárez, K. (2018). La ONU pide a México tipificar el feminicidio en todo el país. *El País*, julio 23. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2018/07/23/mexico/1532369836_872417.html

Suárez-López, L., L. Campero, E. De la Vara-Salazar, L. Rivera-Rivera, M. Hernández-Serrato, D. Walker y E. Lazcano-Ponce. (2013). Características sociodemográficas y

reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S225-S234.

Taniguchi, Hanako. (2011). La Corte falla a favor de una ley que protege la vida desde la concepción. *CNN México*, septiembre 28. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/nacional/2011/09/28/la-corte-falla-a-favor-de-una-ley-que-protege-la-vida-desde-la-concepcion>

Tavira, N., S. García, Z. Ronzón y R. Román (coords.). (2018). *Maternidades y no maternidades. Modelos, prácticas y significancias en mujeres y espacios diversos*. Barcelona: Gedisa.

Taylor, S. J. y R. Bogdan. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Terán, P., Castellanos, C., González, M. y Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180.

United Nations. (1979). "Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women". En: *Human Rights* (Chapter IV). Recuperado de: <https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-8.en.pdf>

Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M. y Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed*, 18(1), 14-20.

Valdez, R., Salazar, Y., Rojas, A. y Arenas, M. (2016). El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *Revista Conamed*, 21(1), 42-47.

Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor; lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá* (Tesis para optar al título de Magíster en Estudios Culturales). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista Conamed*, 15(3), 147-151.

Villanueva, L. y S. Collado. (2007). Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 50(2), 57-61.

World Health Organization, WHO. (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 2, 436-437.

Young, I. (2005). *On Female Body Experience. "Throwing like a Girl" and Other Essays*. New York: Oxford University Press.

ANEXOS

Anexo 1. Casos de violencia obstétrica en Baja California por los que se emitieron recomendaciones por parte de organizaciones de derechos humanos, 2011-2016

Fecha	Institución	Situación de violencia obstétrica	Fuente
Marzo 2011	Hospital General Tijuana (HGT)	Negación de servicio a mujer menor de edad, desarrollo de parto vaginal en lugar de la cesárea programada y defunción de recién nacido por traumatismo craneoencefálico.	Recomendación 08/2011 PDHPCBC
Octubre 2012	Hospital General Tijuana	Negación de cesárea de emergencia a mujer de 38 años, quien asiste por cinco días consecutivos al hospital, lo cual provoca producto óbito.	Recomendación 18/2013 PDHPCBC
Marzo 2013	IMSS Hospital General de Zona No. 8 Ensenada	Parto en vía pública de mujer de 28 años sin asistencia sanitaria, tras ser devuelta a su domicilio con contracciones y 4 cm de dilatación.	Recomendación 19/2015 CNDH
Agosto 2013	IMSS Hospital Rural 69 San Quintín, ISESALUD, Clínica Particular "Santa María" y Centro de Salud Vicente Guerrero	Muerte materna causado por restos placentarios dejados en el útero, tras inadecuada atención en instituciones por la falta de recursos materiales y humanos, y ausencia de una valoración adecuada y cuidados por parte de los prestadores de servicios.	Recomendación 34/14 PDHPCBC
Septiembre 2014	IMSS Unidad de Medicina Familiar 13 y Hospital Rural 69 San Quintín	Mujer indígena de 18 años tiene parto vaginal en HR 69, en lugar de la cesárea indicada en la UMF 13, lo que provoca la muerte de recién nacido por sufrimiento fetal agudo, debido a que permanece 25 minutos atorado en el canal vaginal.	Recomendación 50/2015 CNDH
Septiembre 2014	ISSSTE Unidad de Medicina Familiar No. 3 San Quintín	Defunción de recién nacido por sepsis neonatal temprana derivada en asfíxia por obstrucción de vías	Recomendación 75/2017 CNDH

	y Clínica Hospital Ensenada	respiratorias debido a contaminación durante el nacimiento y falta de atención acorde con potencial infección. Esto se debió a que durante el traslado a Ensenada la mujer defecó y arrojó coágulos, ante lo que el personal no tomó las medidas de asepsia necesarias.	
Marzo 2015	CERESO Tijuana y Hospital General Tijuana	Mujer reclusa de 21 años que presenta sangrado y fuerte dolor es excarcelada al HGT con diagnóstico de 24 semanas de gestación. Ahí se le realiza legrado uterino e inserción de DIU. Según peritaje, no se confirmó embarazo, por lo que la atención de ambas instancias fue deficiente al realizar diagnósticos erróneos y no investigar la verdadera causa de la amenorrea.	Recomendación 9/2017 CEDHBC
Julio 2015	Centro de Salud "Ruiz y 14" (CAAPS) y Hospital General Ensenada (HGE)	Niña nace sin vida, con cinco vueltas de cordón nuchal. Su madre, de 21 años, es atendida en el CAAPS y el HGE, sin diagnóstico de riesgo. Entre las irregularidades del caso están la omisión de una historia clínica completa, de clasificación del riesgo obstétrico y desorden en el expediente clínico.	Recomendación 14/2016 CEDHBC
Noviembre 2015	Hospital General Tijuana y Hospital General Playas de Rosarito (HGR)	Mujer primigesta de 20 años ingresa al HGR y se le indica cesárea de urgencia. Al no contar con recursos humanos es enviada al HGT, donde es intervenida nueve horas después. El recién nacido, que no llora y tiene la piel verdosa, ingresa a cuidados intensivos, pero fallece tras dos días por asfixia prenatal provocada por ingestión de excremento.	Recomendación 5/2016 CEDHBC
Julio 2016	Hospital General	Mujer mixteca de 18 años da a luz	Recomendación

	Tijuana	a una niña en HGT. Esta permanece hospitalizada por hipoxia perinatal y dificultad respiratoria. Al no hablar español la madre, intenta obtener información sobre las visitas sin conseguirlo, por lo que no asiste en los horarios correspondientes y la menor es ingresada en un albergue.	14/2017 CEDHBC
--	---------	--	-------------------

Fuente: Elaboración propia con base en recomendaciones emitidas por la CNDH, PDHPCBC y CEDHBC.

Anexo 2. Guía de entrevista a mujeres que han experimentado violencia obstétrica

Comenzar solicitando permiso para utilizar la grabadora y preguntando datos personales (nombre, edad, profesión, estado civil, número de hijos...).

1. Cuéntame ¿cómo viviste tu embarazo?
2. ¿Cómo fue tu parto?
3. ¿Has escuchado el término violencia obstétrica? ¿Qué entiendes por ella?
4. Durante tu embarazo, parto o puerperio ¿Qué prácticas de violencia obstétrica experimentaste?
5. Durante estas etapas, ¿te trataron bien? ¿o te sentiste ignorada, maltratada, humillada o amenazada en algún momento?
6. ¿Sentiste que se respetó tu privacidad?
7. ¿Pudiste estar acompañada por alguien de confianza?
8. ¿Te dieron información e instrucciones y te solicitaron permiso cada vez que el personal de salud iba a realizar algún procedimiento?
9. ¿Cómo te sentiste en la sala de labor? ¿Te dejaban moverte o hubo restricciones?
10. ¿Hubo alguna maniobra realizada por el personal de salud que te lastimara, molestara o te pareciera innecesaria?
11. ¿Hubo algún medicamento o material que no pudieran suministrarte porque no contarán con él?
12. ¿El personal de salud hizo caso omiso a algunas de tus negativas a que te hicieran alguna maniobra, cirugía o te suministraran algún medicamento?
13. ¿Cómo fue el trato después de dar a luz? ¿te dejaron estar con tu bebé o se lo llevaron enseguida?
14. ¿Te sentiste discriminada por alguna razón?
15. Cuando viviste violencia obstétrica ¿Cuál fue tu respuesta? ¿Llevaste a cabo alguna acción contra quienes la ejercieron?

Anexo 3. Esquema de operacionalización de causas o factores que intervienen en la violencia obstétrica

Concepto	Categoría/subcategoría	Observable
Infraestructura	Tipo de hospital	Privado/ Público: IMSS, ISSSTE, SSA
	Diseño de los espacios y mobiliario	Posiciones en las que se permite parir/ Mujeres en espera en los pasillos/ Alimentos y bebidas guardados en los refrigeradores para medicamentos
	Insumos, materiales o equipo (disponibilidad o falta de ellos)	Oxitocina sintética/ Analgésicos, sedantes, anestesia / Gasas y guantes/ Estetoscopio, glucómetro o baumanómetro/ Cómodos/ Ambulancias para traslado
Cultura médica	Organización del tiempo	Rutinas/ Horarios/ Descansos
	Distribución del trabajo	Exceso o escasez / Necesidad de estar haciendo algo o no hacer nada/ Sujetos que se ocupan de las tareas/ Carga según las jerarquías
	Jerarquía hospitalaria	Por posición Médicos con base/ Médicos cero ocho Residentes de medicina/ Estudiantes de medicina/ Enfermeras con base/ Enfermeras cero ocho/ Residentes de enfermería/ Estudiantes de enfermería
		Por especialidad Gineco-obstetras/ Neonatólogos/ Perinatólogos/ Pediatras
Discriminación	Por género	Dolor como castigo por el goce sexual Maltratos o humillaciones a madres solteras
	Por clase	Negación del servicio o malos tratos por cuestión de clase socioeconómica/ Insistir en la esterilización o forzarla cuando la paciente es de clase baja
	Por raza	Negación del servicio o malos tratos

		por pertenecer a una raza o etnia no blanca o mestiza/ No atender porque la paciente no habla español
	Por edad	Discriminar, humillar o insultar por “no estar en la edad adecuada” para tener hijos/ No permitir acompañamiento cuando son menores de edad
	Por preferencia sexual	Malos tratos o humillaciones a madres con preferencias homosexuales
	Por afiliación religiosa	No se respetan necesidades basadas en las creencias de la paciente
	Por nivel cultural/educativo	Ser autoritario, paternalista o condescendiente con las pacientes porque se les considere “ignorantes” / No informarlas de los procedimientos/ No solicitarles su consentimiento
	Por enfermedad o discapacidad	Negar atención o dar trato excluyente y/o humillante por determinadas condiciones de salud como el VIH, la preeclampsia, eclampsia, diabetes, obesidad, etc.

**Anexo 4. Esquema de operacionalización de prácticas que constituyen violencia
obstétrica**

Concepto	Dimensión	Categoría	Observable	
Violencia obstétrica física	Acciones	Restricción de la movilidad	No permitir posturas distintas a la establecida (acostada)	
			Atar de manos y/o pies	
			Canalizar de forma que obstruya el movimiento	
		Maniobras/ cirugías innecesarias	Tactos múltiples por distintas personas y/o sin cuidado (p.e. médicos que traen uñas postizas)	
			Episiotomía de rutina	
			Maniobra de Kristeller	
			Maniobra de Hamilton	
			Uso de fórceps	
			Cesárea injustificada	
			Esterilización forzada	
		Medicación innecesaria	Canalización intravenosa	
			Oxitocina sintética	
			Suministro de analgésicos, sedantes o anestesia	
		Omisiones	Negación de la atención	No permitir el ingreso al área de gineco-obstetricia
				No pasar a sala de cirugía, aunque el parto este próximo
Negligencias	No tomar signos vitales			
	No anotar procedimientos			
	No hacer revisiones en puerperio fisiológico			
Violencia obstétrica	Acciones	Verbales	Regaños, humillaciones y gritos (p.e. porque se orinan, manchan	

psicológica			con excremento o sangre)
			Críticas, burlas, comentarios insensibles y juicios de valor
			Referirse a las pacientes por algún apodo o por su número de cama
			Coerción para que las pacientes elijan un método anticonceptivo
		Materiales	No permitir que las pacientes estén acompañadas
			Falta de privacidad, presencia de personas sin ninguna función en la sala
			No respetar las técnicas empleadas por las pacientes
	Tomarse <i>selfies</i> donde las pacientes aparecen desnudas		
	Omisiones	Verbales	No solicitar permiso para realizar maniobras (p.e. tricotomía o enemas)
			No dar instrucciones después de una revisión
			No informar lo que pasa
		Materiales	Separar a la madre del bebé en cuanto nace
			Dejar a las pacientes abandonadas en camillas
Ignorar a las pacientes (p.e. cuando solicitan un cómodo)			

Anexo 5. Listado de códigos generados en Atlas.ti

Code-Filter: All

HU: Descolonizar el útero

File: [C:\Users\ester\Desktop\Descolonizar el útero. hpr6]

Edited by: Super

Date/Time: 04/01/19 07:27:13 p. m.

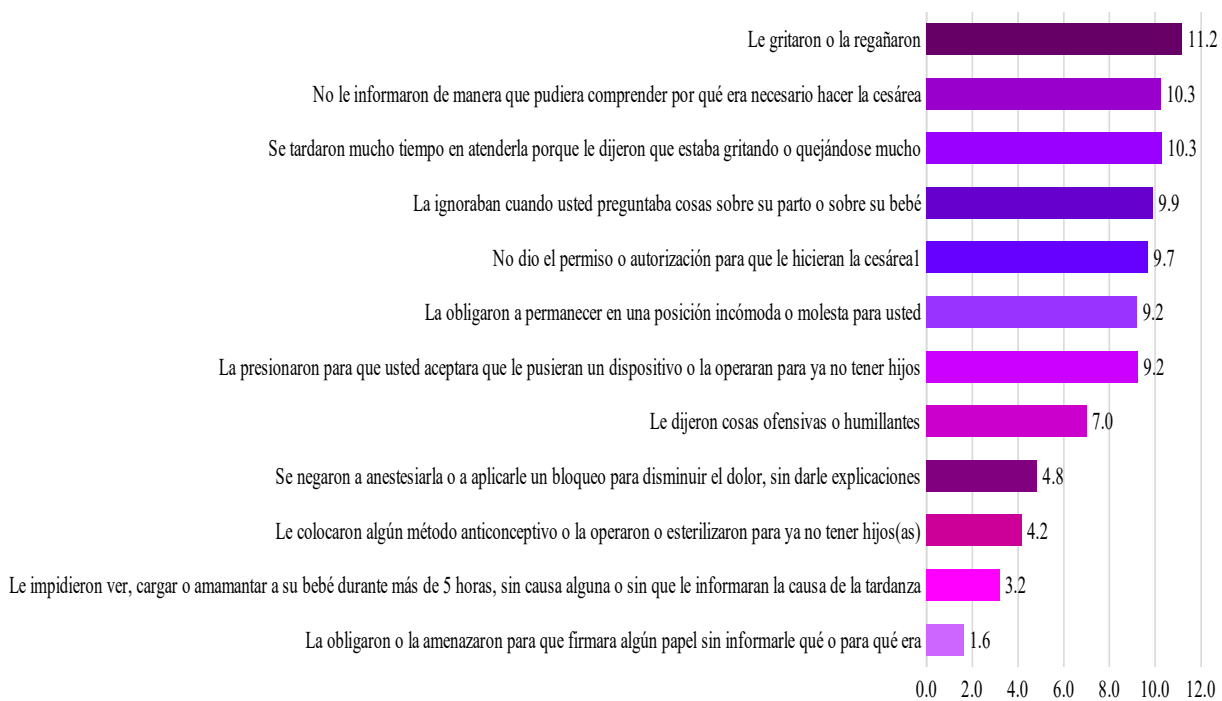
Abandono	Anestesia	Cesárea
Abandono pareja	Anticoncepción	Cesárea innecesaria
Abnegación materna	Anticoncepción obligatoria	Clasismo
Aborto involuntario	Apodos	Coerción entrega bebé
Accidente	Apoyo familiar	Comunicación
Acoso	Apoyo personal de salud	Confusión
Agencia	Atención dual	Conocimiento VO
Agencia ambigua	Atención privada	Consecuencia
Alimentación	Atención pública	Consecuencia emocional
Alta	Biberón pirata	Consecuencia física
Alternativas de parto	Burocracia	Control embarazo
Amenazas	Cambio de servicio	Cuerpo aprendizaje
Cuerpo dócil	Impotencia	Tocamiento
Cuerpo en resistencia	Inacción	Toma de conciencia
Debilidad	Inducción del miedo	Trayectorias de aprendizaje
Desconocimiento	Infraestructura	Tricotomía
Desinformación	Interseccionalidad	Urgencia
Desmayo	Intervención rutinaria	Uso de oxitocina
Desorden	Lactancia	Violencia de género
Desubjetivación	Legrado	Violencia sexual
Diferencia Público privado	Legrado sin anestesia	Violencia simbólica
Discriminación por edad	Llanto	VO económica
Discriminación étnica	Maniobra de Kristeller	VO física

Discurso médico	Mecanización	VO psicológica
Dolor	Medicalización	Vulnerabilidad
Embarazo no planeado	Metáfora animal	
Embarazo planeado	Negación apoyo familiar	
Emoción	Negación de acceso	
Emoción Alegría	Negligencia	
Emoción Alivio	Opinión sobre médicos	
Emoción Culpa	Otredad femenina	
Emoción Desesperación	Parto en casa	
Emoción Enojo	Parto humanizado	
Emoción Gratitud	Patologización	
Emoción Miedo	Prisión	
Emoción Nerviosismo	Puerperio	
Emoción Preocupación	Recursos	
Emoción Soledad	Regaños	
Emoción Tranquilidad	Restricción	
Emoción Tristeza	Acompañamiento	
Emoción Vergüenza	Restricción de la movilidad	
Empatía	Restricciones infraestructura	
Empoderamiento	Restricciones parto humanizado	
Episiotomía	Rumor	
Escatología	Saber-poder	
Espera consultas	Saberes subyugados	
Estados Unidos	Sacar el niño	
Estandarización	Selección ginecólogo	
Estética	Separación bebe	
Estrategia clara	Solidaridad médicos	
Evasión de responsabilidad		

Expediente clínico	Sororidad	
Falta de privacidad	Sospecha	
Gordofobia	Subjetivación	
Gritos	Tacto brusco	
Groserías	Tactos	
Histeria femenina	Tactos múltiples	
Humillación	Testigo_VO	
Identificación		

Anexo 6. Distribución de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron el nacimiento de un hijo/a entre 2011 y 2016 por condición de la atención recibida durante el parto o cesárea

Durante el trabajo de parto o cesárea...



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, 2017.

Anexo 7. Recomendaciones de los expertos del grupo interdisciplinario en Fortaleza, Brasil, 1985 respecto a la tecnología apropiada para el parto

Recomendaciones generales
<ul style="list-style-type: none"> ● Establecimiento de normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto. ● Evaluación de las tecnologías por parte de todos los que la utilizan. ● Información sobre los métodos de atención del parto y de las prácticas obstétricas al alcance de las mujeres y el público. ● Promoción del autocuidado en el periodo perinatal, búsqueda de ayuda cuando sea necesaria y desarrollo de grupos de ayuda mutua. ● Fomento de actitudes coherentes en el equipo sanitario. ● Coexistencia de sistema oficiales e informales de atención perinatal. ● Formación de los profesionales en los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto, así como en técnicas de comunicación. ● Fortalecimiento de las relaciones entre madre, hijo y familia. ● Formación de parteras o comadronas profesionales. ● Investigación en todos los niveles sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto.
Recomendaciones específicas
<ul style="list-style-type: none"> ● Acompañamiento de un familiar durante el parto y todo el periodo postnatal, así como apoyo emocional del equipo sanitario. ● Derecho de la mujer a decidir sobre su vestimenta, comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes. ● Permanencia del recién nacido sano con la madre siempre que sea posible. ● Lactancia inmediata. ● Parto vaginal después de una cesárea. ● No indicación de cesárea debido a la ligadura de trompas. ● Monitorización fetal solo en casos de alto riesgo de mortalidad y partos inducidos. ● Control de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo. ● No indicación de rasurado del vello púbico o enema⁴³ antes del parto. ● Posibilidad de caminar durante la dilatación, y decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. ● Protección del perineo y uso no sistemático de la episiotomía⁴⁴. ● Inducción del parto reservado para casos específicos. ● Administración de analgésicos o anestésicos no rutinaria. ● No a la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. ● Mayores estudios para valorar el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 1985.

⁴³ Se trata de un procedimiento mediante el que se introducen líquidos en el recto y el colon a través del ano, por razones médicas o de higiene, con fines diagnósticos, o como parte de terapias alternativas o tradicionales, y son de tipo evacuante o de retención.

⁴⁴ Incisión quirúrgica que se realiza en la zona perineal de la mujer, con la finalidad de ampliar el canal blando para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.

**Anexo 8. Normas y procedimientos para la atención del parto establecidas en la
NOM-007-SSA2-2016**

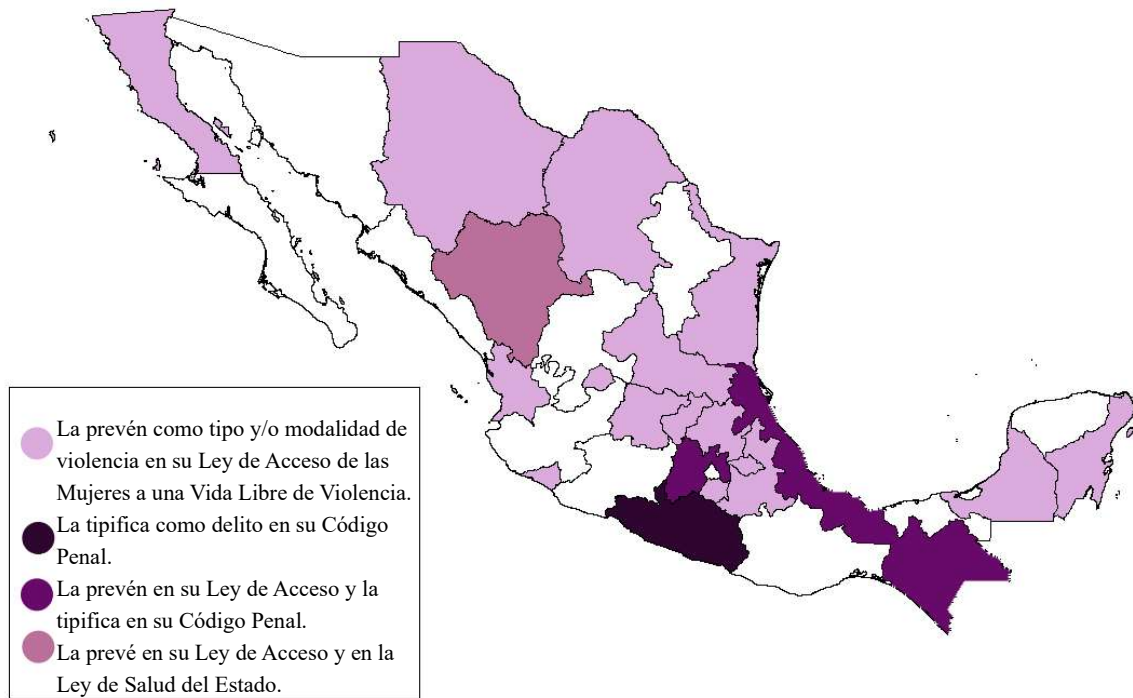
1. Se debe favorecer la seguridad emocional y el bienestar de la mujer, así como propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico cuando no existan contraindicaciones.
2. Al ingreso para la atención obstétrica se deberá abrir el expediente clínico e integrar el partograma correspondiente.
3. Ninguna persona que preste servicios gineco-obstétricos discriminará o ejercerá violencia hacia la mujer.
4. En la valoración se debe interrogar a la mujer sobre las contracciones y expulsión de líquidos, además de tomar los signos vitales y medidas necesarias.
5. Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos, se debe propiciar la deambulación cuando el espacio lo permita y respetar la posición más cómoda para la embarazada en tanto no exista contraindicación médica.
6. La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia se realizará según criterio médico.
7. La inducción y conducción del parto, así como la ruptura de membranas, se debe realizar según criterio médico, basado en evidencias y con el consentimiento informado de la paciente.
8. La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete debe obedecer a indicaciones específicas.
9. La tricotomía vulvoperineal y la aplicación de enema evacuante no serán obligatorias, salvo indicación médica. Se debe reducir el número de tactos vaginales, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica. La episiotomía debe realizarse selectivamente dependiendo de la valoración clínica.
10. Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardiaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones.
11. El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se realizará mediante tacto vaginal por lo menos cada hora.
12. El registro e interpretación de los signos vitales deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.
13. Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el

expediente clínico.
14. Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ⁴⁵ .
15. Se debe promover la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención.
16. El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, excepto en caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, en el cual este debe ser inmediato.
17. Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical y masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto.
18. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.
19. En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe dejar sin pinzar su extremo placentario y evitar la revisión de la cavidad uterina.
20. Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico.

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, 2016.

⁴⁵ Proceso utilizado al momento del parto para hacer salir al bebé con mayor rapidez a través del canal vaginal, durante la fase de expulsión.

Anexo 9. Regulación de la violencia obstétrica en las entidades federativas de la República Mexicana



Fuente: Elaboración propia con base en CNDH, 2017b.

Ester Espinoza Reyes es Licenciada en Comunicación por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) y Maestra en Estudios Culturales por El Colegio de la Frontera Norte (El Colef). Se ha desempeñado como asistente de investigación en el Instituto de Investigaciones Históricas, UABC y como asistente de la dirección de la Revista *Migraciones Internacionales*, de El Colef. Egresada del Doctorado en Estudios Culturales de El Colef.

Correo electrónico: esteredesc2016@colef.mx

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Espinoza, E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana*. Tesis de Doctorado en Estudios Culturales. México: El Colegio de la Frontera Norte, 214 pp.