

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Universidad de Guanajuato
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias Sociales y Administrativas
Maestría en Estudios Sociales y Culturales

**Violencia gineco-obstétrica: Experiencia de mujeres asistidas en Instituciones de Salud
Pública de la Ciudad de México**

Tesis

Que para obtener el título de:

Maestría en Estudios Sociales y Culturales

Presenta

Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Directora

Dra. Perla Shiomara Del Carpio Ovando

Codirectora

Dra. Yazmín Alejandra Quintero Hernández

Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías

Celaya, Guanajuato, 14 de junio de 2024

“Se trata ante todo de construir relaciones humanas dignas sin desigualdades e injustas”

(Sanmartín, 2006, p.156).

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi amadísima y mejor amiga Tomasa Carrillo Cumbres, mi madre.

A cada una de las mujeres que colaboraron en este trabajo.

Y a todas y cada una de las personas que directa e indirectamente formaron

parte de esta bella, grata y desafiante experiencia.

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCyT), instancia que financió mis estudios de posgrado y me permitió continuar con mi formación académica. Gracias a la puntualidad y seriedad de su apoyo estudiantes como yo ingresan al mundo de la ciencia y al campo de las Ciencias Sociales.

Agradezco a la Universidad de Guanajuato por la oportunidad de ingresar a este posgrado en Estudios Sociales y Culturales. Sobre todo, mi más grande agradecimiento y eterna deuda con las personas que con un verdadero compromiso acompañan a los estudiantes en esta travesía académica, como lo es mi directora de tesis, la doctora Perla Shiomara del Carpio Ovando, quien con gran estoicismo, responsabilidad, eficacia y persistencia me alentó a siempre continuar, pese a diversas circunstancias, me fortaleció con su constante sostén. La sentí y estuvo conmigo en todo momento.

Del mismo modo a mi codirectora, mi adeudo e infinito agradecimiento a la doctora Yazmín Alejandra Quintero Hernández, porque con su cariño, sus ánimos constantes, su inmutable comprensión y larga paciencia colaboró de manera importante en la construcción de este trabajo.

Para ambas, mi más intensa y máxima admiración, porque sin su sostén esta tesis no hubiese sido posible, así que la manera más noble para saldar su apoyo es entregando la culminación de este estudio con un contenido de trabajo arduo, minucioso y de calidad. Agradezco también a las mujeres que participaron en este estudio, quienes me compartieron su experiencia a través de las entrevistas realizadas. Este gesto siempre se los agradeceré porque a través de su historia lograron darles voz a otras mujeres que también han experimentado algún tipo de violencia, la cual quizá algunas han normalizado.

Índice

Resumen	3
Presentación	4
Planteamiento	12
Pregunta de investigación	15
Objetivos	16
Capítulo I. Aproximación teórica a la Violencia Gineco-Obstétrica	
1.1 ¿Qué es violencia?	17
1.2 Tipos de violencia.	18
1.3 Violencia de género e institucional.	24
1.4 Violencia gineco-obstétrica.	28
1.4.1 Factores en que se basa la violencia gineco-obstétrica.	32
1.4.2 Aspectos físicos o particulares de las mujeres.	34
Capítulo II. Metodología	
2.1 Enfoque	35
2.2 Diseño	35
2.3 Técnicas	36
2.4 Participantes	37
2.5 Procedimiento	40
2.6 Tratamiento y análisis de la información	41
Capítulo III. Análisis de resultados	
3.1 Experiencia de atención médica gineco-obstétrica	43
3.2 Violencia verbal.	47
3.3 Violencia física.	51

3.4 Violencia psicológica (psico-emocional)	53
3.5 Naturalización de la violencia.	56
3.6 Atención médica proporcionada por personal de atención a la salud femenino y masculino	63
Conclusiones	70
Referencias	73

Índice de Tablas

Tabla 1. Tipos de violencia y su definición según Galtung.	19
Tabla 2. Características que componen las formas de violencia.	21
Tabla 3. Tipos de violencias y sus características	23
Tabla 4. Características sociodemográficas de participantes en el estudio.	38
Tabla 5. Códigos generados conforme al análisis de información obtenida en entrevistas.	42

Índice de Figuras

Figura 1. Triángulo de la violencia	20
Figura 2. Experiencia de atención médica gineco-obstétrica	43
Figura 3. Manifestaciones de violencia gineco-obstétrica en participantes.	46
Figura 4. Diferencias en la atención recibida entre el personal de atención a la salud femenino y masculino	65

Resumen

Esta tesis tiene como objetivo conocer y comprender la experiencia de mujeres que recibieron atención antes, durante y después del parto, en instituciones de salud pública ubicadas en la zona norte de la Ciudad de México, con el fin de identificar cualquier manifestación de violencia gineco-obstétrica que pudo haber ocurrido en dicha experiencia. Este estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo con un diseño de Teoría Fundamentada (TF). Las técnicas utilizadas incluyeron entrevistas semiestructuradas, diario de campo y revisión documental. El trabajo de campo se llevó a cabo durante un período que abarcó desde octubre de 2020 hasta mayo de 2021. El estudio involucró a 10 mujeres que recibieron atención en instituciones de salud pública en la Ciudad de México durante el embarazo, el parto y el período posterior a este. Los resultados del estudio indican que estas mujeres experimentaron diversas formas de violencia gineco-obstétrica que incluyeron violencia verbal, física y psicológica, por parte del personal de salud, en su mayoría mujeres. En conclusión, se destaca la importancia de capacitar al personal de salud en temas relacionados con los derechos reproductivos de las mujeres y perspectiva de género.

Palabras clave: derechos reproductivos, maternidad, personal de salud.

Presentación

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) indica que violencia es aquel uso deliberado de la fuerza física o el poder (efectivo o amenaza) contra otra persona, una comunidad o uno mismo, que puede ocasionar lesiones, daños psicológicos o muerte. Esta instancia considera que la violencia es un problema de salud pública. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), ha indicado que la violencia genera afectaciones en una dimensión de salud y social, provocando lesiones, problemas de salud, discapacidad y muerte.

En el caso específico de la violencia contra las mujeres, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) en el artículo 2 de su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, indica que esta se refiere a aquel acto que se basa en la pertenencia al sexo femenino y que puede generar daño psicológico, físico o sexual.

En México, el Diario Oficial de la Federación (DOF) y conforme a la creación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) en 2007, tuvo como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia que viven las mujeres, así como propiciar su desarrollo y bienestar, siguiendo principios de igualdad y de no discriminación. Dentro de las violencias que describe dicha ley se encuentra la violencia obstétrica, cuyo concepto se incluye hasta el año 2017, y que hace referencia al conjunto de prácticas violentas hacia las mujeres dentro del marco de atención a la salud reproductiva, la cual considera maltratos verbales, físicos y afectaciones psicoemocionales, lo cual provoca una violación directa a los derechos humanos de las mujeres (ONU, 2019).

Se ha considerado que la violencia obstétrica se manifiesta en prácticas cotidianas en el ámbito médico (Castro y Erviti, 2014) y que es el ejercicio del saber-actuar-poder médico que se antepone a los derechos de las mujeres embarazadas y genera abusos de poder (Sesia, 2020).

Por lo cual, este modelo hegemónico genera una asimetría entre médico-paciente, llega a considerar al cuerpo como un receptáculo de enfermedad y la sociedad lo legitima para que

intervenga los cuerpos (Schwarz, 2010). Es en ese contexto que se oprime al cuerpo femenino y a la reproducción biológica (Wilkinson y Kitzinger, 1996).

Como antecedente histórico cabe señalar que desde el período de la ilustración se fortaleció el sistema universitario médico que, junto con el apoyo del sistema de gobierno de esa época y a través de las licencias profesionales, expedidas solo a médicos (hombres) se desplazó y obstaculizó el conocimiento y la labor de las matronas en cuanto al apoyo de las mujeres en el contexto del embarazo y el parto (Bellón, 2015).

Al respecto, Panuthos (1987) señala que algunos médicos de mediados del siglo XVIII consideraban que dichos conocimientos habían pasado demasiado tiempo en manos de las mujeres, a quienes ya no se les consideraba aptas para dicha labor. Por ello, los partos de las mujeres pasaron a manos masculinas (García, 2018), se incrementó además el uso de medicación y procedimientos que no siempre fueron higiénicos, lo que provocó una transmisión de gérmenes en las mujeres a la hora del parto y un aumento de la mortalidad materna y de recién nacidos (Rich, 1978).

Pero no fue hasta que en los primeros años del siglo XX el parto dejó de realizarse definitivamente en casas de las mujeres, es decir, dejó de ser atendido por parteras o matronas, y pasó a realizarse en hospitales, a la vez que los varones -al completar sus estudios en obstetricia- relegaron a las matronas a posiciones subalternas (García, 2018). Dicha transición se ha considerado como importante en la percepción del cuerpo de las mujeres como una “máquina”, cuyas imperfecciones debía atender la medicina moderna a través de médicos especialistas que pudiesen evitar y abordar el “peligro” a través de la intervención y medicación (Lemay, 2010).

Lo anterior favoreció que la práctica médica se apropiara de los cuerpos mediante intervención y un discurso disciplinador (Foucault, 1989) y que se considerara que las mujeres tenían una naturaleza patológica (Schwarz, 2010), debido a la inestabilidad de sus procesos

biológicos reflejados en el aparato reproductivo y los cambios experimentados en sus cuerpos. En dicho contexto se enmarcan prácticas que propician violencia obstétrica, la cual es multicausal (Goberna-Tricas, 2019) y ha hecho que instancias internacionales exijan que los estados aseguren el cumplimiento de derechos humanos y construyan políticas, leyes y estrategias nacionales respecto a la salud reproductiva de las mujeres (ONU, 2019).

En algunos países latinos como Bolivia y Paraguay, sus leyes nacionales al respecto han considerado este tipo de violencia haciendo seria referencia en torno a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que atenten contra la integridad y dignidad de las mujeres en el ámbito de la salud reproductiva (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2019).

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación de Argentina en su Ley 25 929 promulgada en 2004 sobre el parto humanizado, ya destacaba a la violencia institucional y a la violencia en la salud reproductiva de la mujer como violencias asociadas especialmente con funcionarios del ámbito de la salud. La violencia institucional la refiere como aquella violencia de tipo física, sexual, psíquica o simbólica, ejercida de manera abusiva, por agentes o funcionarios del Estado, en el cumplimiento de sus funciones. Mientras que la violencia en la salud reproductiva (relacionada ya sea con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto) es aquella ejercida directamente sobre el cuerpo de la mujer, especialmente, durante sus procesos reproductivos y se expresa como un trato deshumanizado hacia ellas, y puede incluir el uso desmedido de medicación lo que patologiza un proceso natural como lo es el parto (Ley 25 929, 2004).

Pero hay que precisar que conforme a la Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela publicada en abril de 2007, fue en este país donde se empleó el término de violencia obstétrica por primera vez, de acuerdo a su Ley Orgánica 38.668 sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, la cual indica que dicha violencia se refiere a la conducta, omisión

o acción que realiza personal de salud, en el ámbito público o privado, de forma directa o indirecta, y que afecta los procesos reproductivos de las mujeres, lo cual refleja un trato que se califica como deshumanizado, considerando también acciones que funcionarios, profesionales o personal de alguna institución puedan realizar, obstaculizar o impedir el libre ejercicio de los derechos de las mujeres y frenar su acceso a políticas públicas.

Se ha señalado también que la violencia obstétrica es un entramado multifactorial que concentra diversas violencias que provocan la violación de los derechos humanos de las mujeres (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2016). Por ello, Pérez (2016) hace referencia al concepto de violencia gineco-obstétrica por considerarlo más amplio y que rescata diferentes momentos en que las mujeres pueden experimentar violencia y no solo durante el parto, por lo cual en este estudio nos decantamos por el uso de dicho término. A este respecto, esta fuente indica:

La violencia obstétrica son los maltratos que ocurren dentro del embarazo, parto y puerperio, y la gineco-obstétrica puede ocurrir tanto en este sentido, o sea en esta instancia, como también en toda la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer; así como una revisión de rutina a la matrona o al ginecólogo, o cuando vas a hacerte un examen o cualquier otra cosa (Canal VIA X, Pérez, 28 de julio de 2016).

En México y de acuerdo con la LGAMVLV la violencia obstétrica se comprende como: Toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud,

sexualidad o sobre el número y espaciamento de sus hijos (Congreso de la Ciudad de México, 2019, p. 5).

En el Diario Oficial de la Federación (2007) de nuestro país también se hace referencia a violencias que forman también parte de la violencia obstétrica como lo es la física y psicoemocional. Respecto a la primera (física) se indica que es cualquier acto que genera daño no accidental, usa fuerza física o algún tipo de objeto o arma que puede generar lesiones, mientras que la violencia psicoemocional hace alusión a la negligencia, descuido reiterado, abandono, insultos, humillaciones, marginación, infidelidad, devaluación, comparaciones destructivas, amenazas y rechazo que pueden generar depresión o suicidio.

Un tercer tipo de violencia vinculada a la violencia obstétrica es la violencia verbal, y aunque no se encuentra explícitamente indicada en la LGAMVLV, sí se hace alusión a ella en su artículo 13, sobre el acoso y el hostigamiento expresado con conductas verbales, aunque solo se reduce a connotaciones sexuales o lascivas, en comparación de la ley de Venezuela, que la distingue al describirla por aquellas conductas abusivas ya sea por palabras, mensajes escritos o electrónicos que intimiden, amenacen o chantajeen a una mujer y que atenten contra su estabilidad emocional (Ley Orgánica de Venezuela 38.668, 2007).

La Constitución Política de la Ciudad de México (CPCDMX, 2017), señala que las autoridades del sector salud deben y tienen que adoptar las medidas necesarias en cuanto a derechos reproductivos de las mujeres, tanto para prevenir, sancionar y reparar la violencia obstétrica (2017).

Conforme al Instituto Nacional de Evaluación, Geografía e Informática los datos más recientes sobre la violencia contra las mujeres en México revelan que el 77.1% de las mujeres de 15 años en adelante, que constituyen la mayoría de la población, han experimentado algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas registrando además un aumento del 4% en la incidencia total de la violencia dirigida específicamente contra las mujeres (INEGI- ENDIREH, 2021). Sin

embargo fue en el 2016 que la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) incluyó una sección que valorara la atención obstétrica recibida por el personal de salud, donde sus principales resultados registraron una mayor proporción de maltrato en la atención obstétrica de nuestro país, en los estados como el Estado de México, la Ciudad de México, Tlaxcala, Morelos y Querétaro, donde los gritos y los regañones fueron las principales situaciones que experimentaron las mujeres en su último parto (ENDIREH, 2017).

Al considerar lo dicho hasta ahora, esta tesis ha tenido como objetivo conocer y analizar la experiencia de mujeres asistidas en instituciones de salud pública ubicadas al norte de la Ciudad de México e identificar si en dicha experiencia existieron manifestaciones de violencia gineco-obstétrica. La organización de esta tesis se compone de tres capítulos. En el Capítulo I. “Aproximación teórica a la violencia gineco-obstétrica”, se define y reflexiona sobre el concepto de violencia y su tipología, a la vez que se señala que la violencia gineco-obstétrica es parte de la violencia de género e institucional (Villegas, 2009). En dicho capítulo también se hace alusión al modelo médico hegemónico para explicar la, desafortunada, normalización de la violencia gineco-obstétrica.

De esta forma, se llega al Capítulo II. “Metodología”, en el cual se muestran detalles respecto al abordaje metodológico de la investigación y se señala que se trata de un estudio cualitativo con diseño de Teoría Fundamentada cuyo trabajo de campo se realizó de forma virtual entre los meses de octubre 2020 a mayo 2021. En este capítulo se exponen las características sociodemográficas de las 10 participantes del estudio, mujeres que antes, durante y después del embarazo recibieron atención en instituciones de salud pública al norte de la Ciudad de México y que fueron asistidas entre 2016 y 2021.

En este capítulo también se señala que para el tratamiento y análisis de la información se acudió al software ATLAS.ti versión 9.0 y se comparten detalles del proceso de tratamiento

y sistematización de la información, así como creación de categorías principales y subcategorías de análisis realizadas teniendo como apoyo técnico dicho software.

A través del abordaje expuesto en dicho capítulo se obtuvieron los resultados que se comparten en el Capítulo III. “Análisis de resultados”, en este se presenta la experiencia respecto a la atención médica que recibieron las mujeres participantes antes, durante y después del parto. Dicho contenido, obtenido en las entrevistas realizadas, permitió la creación de códigos que en este capítulo se presentan a través de figuras globales que concentran las agrupaciones temáticas de estos códigos que, a su vez, inspiraron los nombres de los subtítulos que constituyen el capítulo de resultados. Estas figuras también se encuentran soportadas y acompañadas de fragmentos de entrevistas que se discuten a partir de la revisión de la literatura que dicho contenido convocó consultar y recuperar del marco teórico del estudio y de otras fuentes. Esto fue así al considerar que la teoría emerge de los datos y no al revés.

Este capítulo cierra con la exposición respecto a las diferencias que las participantes percibieron entre la atención que recibieron por parte de los varones, en comparación a las mujeres del personal de salud. A este respecto precisar que la Ley General de Salud (1984) en este sector considera a personal médico calificado, practicantes de servicio social, médicos generales, anesthesiólogos, pediatras, residentes y cualquier otro especialista en gineco-obstetricia. Hasta 2020 estaba por incluirse también a especialistas perinatales y a enfermeras de obstetricia.

Respecto a este sector señálese que las participantes compartieron manifestaciones de violencia gineco-obstétrica ejercida por las mujeres del personal de salud, dichas reflexiones se comparten en el último capítulo de la tesis, en este también se exponen los elementos en los que personal de la salud basó su comportamiento caracterizado por manifestaciones de violencia gineco-obstétrica, tales como: edad, apariencia física, expresión de malestar físico o dolor.

Finaliza esta tesis con las “Conclusiones”, en las cuales se indica que la violencia gineco-obstétrica condensa diversas manifestaciones de violencia como son la de género e institucional y sobresalen en ella las manifestaciones de violencia de tipo físico, verbal y psicoemocional. Se señala también la naturalización de la violencia entre las mujeres que recibieron atención médica y la necesidad de capacitar, con perspectiva de género, al personal de salud respecto a los derechos reproductivos de las mujeres y la promoción de servicios con respeto y empatía. Se subraya también que el estudio de la violencia gineco-obstétrica convoca a un abordaje que considere la perspectiva de género, los derechos humanos y un comportamiento ético.

Planteamiento

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS-INEGI) en el año 2017, en México la afiliación al servicio médico de las mujeres era de 84.5 %. Esta afiliación al servicio médico permitió observar que 8 de 10 embarazos o partos se atienden en instituciones de salud pública y que durante 2011 y 2016, el maltrato obstétrico registró, aproximadamente, 8 millones 743 mil 987 casos, los de mayor incidencia fueron los regaños y gritos (INEGI, 2018).

El Observatorio de Mortalidad Materna (OMM, 2010) indica que la afiliación de las mujeres a alguna institución de salud pública contemplaba instituciones que iban desde hospitales generales, clínicas de campo o centros de salud, mismos inmuebles que desde 2010 dejaron de ser considerados como instituciones en posibilidad de proporcionar servicios de atenciones de primer nivel, incluidas la atención gineco-obstétrica.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reportó que entre los años de 2016 - 2021, fueron 7 millones 810 mil 538 mujeres (31.4 %), entre 15 a 49 años, quienes tuvieron un parto y fueron maltratadas por quienes le proporcionaron servicios de salud (INEGI, 2021). La mayoría de los casos de violencia obstétrica se registraron en servicios de atención de salud pública (27% y 40%), a diferencia de los servicios médicos privados (15% a 19%).

La (ENDIREH, 2021), indicó que en México tres de cada 10 mujeres en los últimos cinco años que vivenciaron un parto experimentaron alguna expresión de violencia obstétrica, por ello la LGAMVLV contempla a la violencia física, psicológica e institucional como parte de la violencia obstétrica. Conjuntamente, esta ley en su artículo número 46, establece que la Secretaría de Salud debe asegurar el respeto hacia los derechos humanos de las mujeres por parte de los prestadores en los servicios del sector salud (LGAMVLV, 2007).

Al respecto, la plataforma de dictámenes y quejas médicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED, 2020), durante el período de enero a diciembre del año

2020, registró aproximadamente 93 denuncias de la atención al momento del parto y puerperio, este fue uno de los principales motivos de las quejas y denuncias médicas. Entre enero-diciembre de 2021 también se registraron 10 denuncias concluidas que hacían referencia a prácticas inadecuadas en la atención al parto y al puerperio (CONAMED, 2021).

Existe también un registro de la violencia gineco-obstétrica que se desarrolla conforme al estado conyugal de las mujeres, por ejemplo, mujeres solteras registraron el mayor índice con un 38.1% al ser quienes experimentaron mayor maltrato durante la atención obstétrica recibida, a diferencia de las mujeres viudas, divorciadas o separadas que registraron un 35.3% y de las casadas o en unión libre con un 30.2%, sin embargo, los datos indicaron que las mujeres en unión libre y de edad más temprana reportaron haber experimentado mayor violencia, al considerar ellas mismas que la violencia gineco-obstétrica disminuye conforme las mujeres presentan mayor edad (INMUJERES, 2022)

Cabe mencionar que hasta el 16 de marzo del año 2022 la violencia gineco-obstétrica solo se tipificaba en cuatro estados del país: Guanajuato, Veracruz, Durango y Chiapas. Aproximadamente son 28 estados de la República Mexicana que reconocen a la violencia obstétrica como un tipo de violencia directamente contra las mujeres (Cámara de Diputados, 2022). En cinco estados del país todavía se continúa reportando una prevalencia en cuanto a la violencia gineco-obstétrica: San Luis Potosí (38.9%), Querétaro (38.4%), Morelos (37.5%) y Tlaxcala junto con la Ciudad de México registraron un 38.5% de prevalencia (INEGI- ENDIREH, 2021).

Por ello, la Comisión Nacional de Derechos Humanos 2015-2020 ha hecho recomendaciones respecto a la violencia gineco-obstétrica a entidades que más encomiendas han recibido en los últimos cinco años y dentro de las cuales la Ciudad de México se destaca con más recomendaciones (6 recomendaciones), Oaxaca y Chiapas (con 5 recomendaciones), Baja California, Tabasco, Tamaulipas (con 3 recomendaciones);

Durango, Michoacán y el Estado de México (con 2 recomendaciones), y Guerrero, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz (con 1 recomendación) (CELIG, 2020).

En México, el Centro de Estudios Legislativos para la Igualdad de Género (CELIG, 2020) explica que la estigmatización y la discriminación traen consigo consecuencias peligrosas en torno a la salud física y mental del individuo que, en este caso, se podría aplicar a aquellas mujeres que experimentan algún tipo de violencia durante su proceso de atención médica en alguna institución, lo que se convierte en un obstáculo importante para el progreso de una equidad en términos de género. En los últimos 25 años se han identificado prácticas de violencia contra las mujeres en los servicios de salud, especialmente reproductiva y, sobre todo, en países de América Latina (Castro, 2014).

En la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud (SNS), para garantizar el protagonismo que tienen las mujeres en momentos importantes de su vida como es el parto y sus embarazos, persiste el interés respecto a la mejora en cuanto a garantizar un cuidado que se centre en las necesidades de las mujeres de forma personalizada y empática y que apoye, a su vez, a los profesionales de la salud sobre el trato y la atención que proporcionan (Recio y Arranz, 2020).

Existen otras instancias como la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en Cuidados durante el embarazo (2015) que han promovido la supervisión y control de la evolución de los embarazos para identificar cualquier problema, con la finalidad de evitar daños graves tanto en la mujer como en el bebé, señalando que los cuidados prenatales son necesarios para todas las mujeres independientemente de su edad o de si experimentan el parto por primera o quinta ocasión. Ello con el interés de que las mujeres reciban cuidados regulares y se disminuyan los problemas tanto en el parto como en el embarazo.

Como se observa hasta aquí, la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra la mujer que suele ejercerse en servicios de salud y cuyo estudio es prioritario en México ya que incrementa las desventajas en un grupo vulnerable que vive múltiples violencias, dentro de las que sobresale también la violencia institucional y la interseccionalidad de desigualdades que se configuran en la superposición de factores diversos.

El contexto anterior ha inspirado la creación de este estudio interesado en conocer y analizar la experiencia de mujeres que antes, durante y después del parto fueron atendidas en instituciones de salud pública ubicadas al norte de la Ciudad de México. Ante ello, surge la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

- ¿Cómo ha sido la experiencia de mujeres con respecto al trato y atención a la salud recibidos antes, durante y después del parto, en instituciones de salud pública ubicadas al norte de la Ciudad de México?

Objetivos

Objetivo general

- Conocer y comprender la experiencia de mujeres que recibieron atención antes, durante y después del parto, en instituciones de salud pública ubicadas en la zona norte de la Ciudad de México.

Objetivos particulares

- Identificar y analizar manifestaciones de violencia gineco-obstétrica en la experiencia de las mujeres participantes en relación con el trato proporcionado por el personal de salud.
- Identificar diferencias en la atención y tratos recibidos por parte del personal de atención a la salud femenino y masculino desde la experiencia de las mujeres participantes.

Capítulo I. Aproximación teórica a la violencia gineco-obstétrica

1.1 ¿Qué es la violencia?

Teniendo en cuenta a Freire (2007) la violencia es un fenómeno social e histórico relacionado con el factor socioeconómico y la cotidianidad en las relaciones interpersonales, en las cuales considera se encuentran las raíces de dicho fenómeno. Arendt (1970), por su parte, indica que la acción de violentar puede entenderse como una incitación a ejercer dicho acto violento ya sea por una falta de poder que se ha perdido abrupta o momentáneamente y sea eso lo que lleve a un determinado sujeto a violentar, para así intentar suplantar la falta de poder sobre otro.

En términos de dominación, la violencia se puede posiblemente explicar a partir de las relaciones sociales que suelen esconder un ejercicio de poder donde existe la búsqueda de la dominación entre los mismos individuos, ello con la intención de lograr obediencia, por ejemplo, la dinámica política de un Estado, ya que en ella existen presencias políticas que poseen más poder que otras y aunque desde este planteamiento no considera a la violencia como el único medio por el que el Estado se vale sí considera que existe una estrecha relación entre el Estado y la violencia (Weber, 1979).

Rojas (1996) señala a la violencia como la forma más baja y primitiva de ejercer poder, ya que a través de ella se ha buscado causar daño, castigar o destruir a un semejante, por lo cual define a la violencia como el uso intencional de la fuerza física con el propósito de dañar a un semejante, dominarlo e incluso matarlo, añadiendo que dichas prácticas violentas son aprendidas y adquiridas a fondo durante los primeros años de vida. Ursua (2006) subraya que aunque se asuma que los seres humanos son agresivos por “naturaleza” no se puede aceptar indefinidamente que seamos violentos por esa simple razón, pues antepone que si la violencia o el conflicto se considera como un universal humano, también lo puede ser la solución, sobre todo, desde el estricto sentido de la capacidad humana para resolver sus propias dificultades ya que, para él, la violencia es la consecuencia de la evolución cultural denominándola inclusive

como “tecnología evolutiva”. En el contexto de la perspectiva de Brown (1989), la violencia se considera exclusivamente desde la perspectiva de la coalición masculina y abarca elementos como la violación, los celos, el conflicto y el dominio. Estos aspectos también se identifican como universales humanos en su análisis.

Galtung (1990), por su parte, indica que violencia es “todo sufrimiento evitable para un ser humano” y propone un sustento en tres expresiones de la violencia a manera de triángulo, que ofrece además un panorama más sintetizado de lo que se configura dentro de la sociedad respecto a la violencia sobre todo en el talante cultural, estructural y directo.

A juicio de Pinker (2003) la violencia es el resultado de una conducta aprendida, siendo así el producto de una especie de intoxicación como si se tratase de alguna enfermedad que arroja un síntoma, lo que desde la teoría del relativismo se niega a dar por hecho esa existencia universal del instinto violento y dentro de la naturaleza humana pero, para este autor, la conducta humana se moldea a partir de la cultura que le rodea y la denomina como Modelo Estándar de las Ciencias Sociales, asignándole respectivamente las siglas MECS.

Por su parte, instancias internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), indican que violencia es aquel uso intencional de la fuerza física o el poder (efectivo o amenaza) contra otra persona, una comunidad o uno mismo, que puede ocasionar lesiones, daños psicológicos o muerte. Esta instancia, por ello, considera que la violencia es un problema de salud pública. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.).

1.2 Tipos de Violencia

Galtung (1990) propone tres tipos de violencia relacionadas entre sí y considera que generan sufrimiento para el ser humano. Estas son compartidas en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Tipos de violencia y su definición según Galtung

Violencia cultural	Se encuentra implícita en determinadas dinámicas sociales, puede encontrarse en la religión, la ciencia o en obras de arte, llega a inhibir o reprimir el sufrimiento de quienes la viven y justifica o recompensa a quienes la practican.
---------------------------	--

Violencia estructural	Es la más difícil de identificar y la más peligrosa, ya que suele permitir injusticias y desigualdades, es la que más daña y puede provocar la muerte de personas.
------------------------------	--

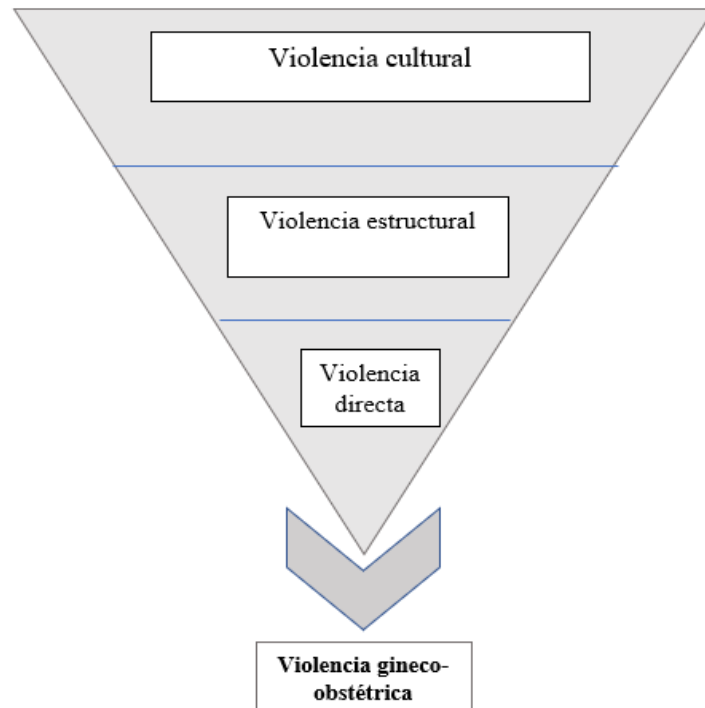
Violencia directa	Es la violencia más notoria porque se manifiesta de manera verbal o física. Se suele identificar de forma más fácil, en comparación a la violencia cultural y estructural.
--------------------------	--

Fuente: Elaboración a partir de la teoría de Galtung (1990).

Galtung (1990) propone elementos dentro de dinámicas sociales, si trasladamos esta propuesta hacia la violencia gineco-obstétrica bien podría explicarse a manera de triángulo, ya que dicha violencia puede considerarse cultural al exteriorizarse por prácticas violentas, siendo estas justificadas por un discurso hegemónico (en este caso el médico) y es, a su vez, estructural y directa porque consiente y mantiene diversas dinámicas que dañan, humillan y denigran, verbal o físicamente, la integridad de las mujeres, lo cual representa una violación a los derechos sexuales reproductivos de las mujeres (véase Figura 1) (Castro y Erviti, 2014).

Figura 1.

Triángulo de la violencia



En la imagen anterior se puede observar a la violencia cultural (dinámica social) como el bloque más ancho, esta se encuentra vinculada a la violencia estructural (permissiva), a su vez, se asienta sobre la violencia directa (la más evidente) y se dirige a un solo tipo de violencia (que condensa todas las violencias) más específica contra las mujeres: la violencia gineco-obstétrica, esta condensa otros tipos de violencia: verbal, física y psicoemocional.

La violencia verbal se caracteriza por valerse del lenguaje, tanto verbal y gestual, se distingue sobre todo por el insulto, mientras que la violencia física puede ser cualquier tipo de acción u omisión que cause daño físico: golpear o privar de la libertad a un individuo. Y la violencia psico-emocional suele considerar abandono, indiferencia, humillaciones, amenazas o rechazo reiterado que genera consecuencias negativas y llegan a causar daños psicológicos (Sanmartín, 2006). La violencia psicológica ha llegado a ser considerada como la más peligrosa, ya que perturba la salud mental de las mujeres, puede provocar suicidio o generar estados de

depresión, debido a malos tratos, humillación, aislamiento o negligencia (Ley orgánica 38.668 de Venezuela, 2007).

En México la LGAMVLV en su título segundo sobre tipos y modalidades de violencia contra las mujeres (en la gaceta publicada en 2019), señala las siguientes características de la violencia:

Tabla 2.

Características que componen las formas de violencia

Violencia física	Toda acción u omisión intencional que causa un daño en su integridad física.
Violencia psicoemocional	Toda acción u omisión dirigida a desvalorar, intimidar o controlar sus acciones, comportamientos y decisiones, consistente en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actitudes devaluatorias, o cualquier otra, que provoque en quien la recibe, la alteración autocognitiva y autovalorativa que integran su autoestima o alteraciones en alguna esfera o área de su estructura psíquica
Violencia contra los Derechos Reproductivos	Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.

**Violencia
obstétrica¹**

a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos.

b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural.

c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.

d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Fuente: Elaboración propia a partir de LGAMVLV, reforma publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 08 de marzo de 2019.

La violencia verbal es un tipo de violencia y aunque la LGAMVLV no tiene una definición específica sobre ella, si está implícita dentro de las características de la definición de la violencia psicoemocional, la cual también forma parte de la violencia gineco-obstétrica, cuyas secuelas pueden generar estrés postraumático. Este se presenta entre un 2 y 6% en las mujeres a nivel mundial después de haber experimentado un parto con malos tratos o en aquellas que fueron ignoradas o ninguneadas al momento de la atención médica recibida, sobre todo al momento del parto al recibir un trato carente de respeto (Olza, 2014). Señálese que la OMS (2002), también propone tres tipos de violencia, en dicha clasificación considera las características de quienes lo realizan (véase Tabla 3).

¹ Adicionado por el Gobierno de la Ciudad de México el 11 de julio de 2017.

Tabla 3.

Tipos de violencias y sus características

Violencia autoinfligida	Cualquier comportamiento suicida y autolesiones.
Violencia interpersonal	Considera violencia familiar, incluye a pareja, adultos mayores y menores, así como violencia entre personas sin ningún parentesco.
Violencia colectiva	Social, política y económica.

Fuente: Elaboración a partir de la OMS (2002).

Adviértase que existen otras manifestaciones de violencia contra las mujeres que también son importantes. Sobresale, por ejemplo, la violencia económica, esta se distingue por las limitaciones que se empeñan en controlar los ingresos económicos de las mujeres o disminuir la dispersión económica que reciben, pese al trabajo que puedan realizar igual o mayor al de un hombre estando dentro del mismo espacio laboral (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2007).

Sobresale también la violencia en la comunidad. Ésta se refiere a aquellos actos tanto colectivos como individuales que trasgreden, denigran, discriminan, marginan o excluyen en el ámbito público (transporte público o las calles) los derechos fundamentales de las mujeres. Se le denomina así porque este suele ser más frecuente en zonas de aislamiento, rezago educativo o con alto grado de pobreza (INMUJERES, 2007).

La violencia sexual es otro tipo de violencia, esta considera todo acto que atente contra la integridad física, libertad o dañe el cuerpo y/o la sexualidad de la persona, considerándose como una expresión de abuso de poder donde la supremacía del hombre se encuentra por encima de la mujer, ya que la reduce al grado de considerarla un objeto (LGAMVLV, 2007). Como se ha visto, los diferentes tipos de violencia contra las mujeres son variados y cada uno cuenta con

ciertas características que aluden a diferentes momentos y espacios, pero que a su vez afectan a un mismo sector: las mujeres.

Esta convergencia de violencias puede observarse en la violencia gineco-obstétrica que puede ser ejercida no solo de hombres hacia mujeres sino también entre mujeres. Respecto a esta última es necesario seguir haciendo investigación pues, como indican Orozco y Rocha (s.f), constituyen prácticas ocultas debido a la dimensión de género.

1.3 Violencia de género e institucional

El género hace referencia a responsabilidades, roles y oportunidades que la sociedad atribuye a mujeres y a hombres. El género hace referencia a condiciones culturales, económicas, sociales y políticas que fundamentan valores, estándares y pautas de conducta, asociadas a los géneros y a las relaciones entre estos (Riquer en Rojas y Siles, 2014). Este concepto debe ser diferenciado del sexo que se refiere a características biológicas que segrega a los seres humanos en hombres y mujeres (Rojas y Siles, 2014). Al considerar lo anterior se han propuesto algunas herramientas para analizar al género, las cuales son descritas en la siguiente tabla.

Tabla 2.

Herramientas para analizar el género

	Definición
Enfoque de género	Visión analítica sustentada en la teoría de género y considera de manera implícita las diferencias sociales y culturales construidas a partir de las relaciones de poder.
Transversalidad de género	Su objetivo es intervenir con un proceso de integración sistemático para transformar la manera de operar de las instituciones. Busca garantizar el enfoque de género.

Análisis de género	No se refiere únicamente a las mujeres, es un ejercicio de reflexión teórico-práctico que cuestiona y examina el proceder tanto de hombres como de mujeres.
Perspectiva de género	Es el fundamento para integrar preocupaciones y perspectivas en torno a la equidad de género. Enfatiza igualdad y equidad como fundamento de justicia social y derechos humanos.

Fuente: Elaboración a partir de Rojas y Siles (2014).

Prado (2021) explica que estudiar la violencia contra la mujer implica también una cuestión feminista porque debe ser comprendida y explicada como una violencia de género, lo que para Arce -Rodríguez (2006) es, y ha sido, una manera de control y de poder entre dinámicas de relación entre hombres y mujeres. La asignación de estos roles, indica este autor, ha llevado a las mujeres a ocupar un lugar de inferioridad que, a su vez, determina la existencia de una relación desigual de poder, lo que enmarca una visible subordinación y desigualdad en términos de género, advirtiendo además que el poder que poseen los hombres por encima de las mujeres ha sido naturalizado por la sociedad.

Menciónese también que la violencia de género se ha reducido a aquella violencia exclusiva del hombre hacia la mujer, y no de manera contraria, ya que la violencia hacia los hombres suele ser menos frecuente, -sin dar por sentado que no exista- o al menos los resultados actuales de la violencia contra la mujer, muestran importantes y altos datos de muerte en mujeres (Sanmartín, 2006). Posiblemente sea por eso que la violencia de género se ha interpretado con esa única perspectiva, debido a la desigualdad sistémica que existe en términos sociohistóricos y que a partir de los roles de género binarios se ha designado el por qué culturalmente entre hombres y mujeres no podemos ser tratados igual (García, 2018).

Ferrer (2007) explica que la violencia de género es un término que ha sido comúnmente asociado para distinguir aquella violencia que solo va de los hombres hacía las mujeres, es decir,

que, en términos de género, es un concepto que se ha utilizado más comúnmente para describir exclusivamente la violencia ejecutada de un género (masculino) contra otro (femenino), lo que se puede percibir además como una manera arbitraria de entender a la violencia de género.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia de la mujer (Convención Belém Do Pará) en 1994², en sus artículos 1 y 2, refiere a la violencia de género como aquella violación contra los Derechos Humanos fundamentales que impiden el goce, el reconocimiento y el ejercicio de los derechos y libertades. A este respecto, en el artículo 2, refiere que la violencia contra la mujer es aquella acción o conducta que se encuentra basada en el género, se realiza en el espacio privado o público y puede ocasionar sufrimiento psicológico, sexual, o muerte. En el artículo 2 señala que la violencia puede ser física, sexual o psicológica (OEA, 1994), a la vez que subraya que puede realizarse en la unidad doméstica (mismo domicilio con el agresor), dentro de la familia o puede realizarse dentro de cualquier tipo de relación interpersonal.

También esta violencia puede ser realizada por cualquiera persona y puede comprender abuso sexual, prostitución forzada, violación, secuestro o tortura. Considera también trata de personas y acoso sexual en el ámbito laboral, en instituciones del sector salud, sector educativo o en otro lugar y que se cometa o tolere por agentes de dichas instituciones o del Estado mismo. (OEA, 1994).

Por su parte, organizaciones como la ONU (1993) han señalado que la violencia de género considera cualquier acto que se base en el género y tenga como resultado un daño psicológico, sexual o físico, como pueden ser las amenazas, la privación de la libertad o la coerción ejecutada en la vida pública o privada. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) indica que las mujeres además de sufrir

² A través de su Tratado multilateral del Departamento de Derecho Internacional de la Organización de los Estados Americanos (OEA) acordado en la ciudad de Belém Do Pará.

discriminación por el simple hecho de ser mujeres son, además, objeto de otro tipo de discriminaciones por edad, religión, casta u otros factores, lo que las afecta en diferente medida y de manera negativa a comparación de los hombres (1999).

La Asociación para Derechos de las Mujeres y el Desarrollo (AWID) por sus siglas en inglés, explica que la interseccionalidad ha sido una herramienta clave para el análisis y la elaboración de políticas que trabajen las múltiples discriminaciones para influir en la búsqueda y el acceso a la justicia de género, los derechos humanos y el desarrollo. Ha constituido una herramienta de análisis para abordar, comprender y responder a las diversas maneras en que el género se cruza con diversas identidades y cómo estos cruces generan privilegio y opresión.

El enfoque que sugieren instancias como la OEA, la ONU o la AWID hacen clara referencia al tema de la interseccionalidad, el cual se considera como categoría de análisis para la comprensión de componentes que confluyen en un mismo caso y que multiplican discriminaciones y diversas desventajas en las personas por ser mujer, por ser indígena, por condición socioeconómica o por presentar alguna discapacidad, lo cual genera vulnerabilidad (INMUJERES, 2007).

Por ello, Segato (2003) subraya la importancia de continuar con la reflexión sobre el transitar en cuestión de igualdad de género y considerar aquellos factores que intervienen en ello, por esta razón, la interseccionalidad es clave como uso de herramienta de análisis teórico para llegar a comprender de manera más meticulosa también a la violencia gineco-obstétrica que también, desafortunadamente, concentra a la violencia institucional. Esta se refiere a:

(...) Los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (artículo 18, LGAMVLV, 2007, p. 6).

La violencia institucional son actos que lleva a cabo cualquier orden de gobierno o servidor público que retrasan, obstaculizan o impiden el libre acceso o disfrute de las políticas públicas que están diseñadas para prevenir la violencia contra las mujeres o a cualquier goce en cuanto a los derechos humanos que a las mujeres les corresponde (INMUJERES, 2007).

Actualmente el Gobierno de la Ciudad de México en su Cartilla de Derechos de las Mujeres de la Ciudad de México (2021), una guía para actuar y reconocer la violencia describe dentro de sus “tipos y modalidades de violencia contra las mujeres” a la violencia institucional como aquella violencia cometida por servidores públicos que retarden, obstaculicen o impidan el acceso a cualquier derecho o política pública que por ley les pertenezca a las mujeres.

Butler (2020) indica que la violencia institucional es una especie de atmósfera tóxica que se encuentra en el aire, a pesar de ello las mujeres se mantienen con vida y persisten en una atmósfera que las daña y que puede generarles muerte violenta y repentina. Al considerar este tipo de violencia (institucional) y su combinación con la violencia gineco-obstétrica, los impactos son mayores y multidimensionales en la vida de las mujeres ya que se trata de violencias que se ejercen sobre los cuerpos femeninos dentro de instituciones de salud, reproductiva y sexual. Las consecuencias de ello traspasan el espacio clínico (Muñoz y Berrio, 2020).

1.4 Violencia gineco-obstétrica

La violencia obstétrica, como se mencionó anteriormente, se refiere a las prácticas que degradan, oprimen e intimidan a niñas y a mujeres, en el ámbito de atención a la salud reproductiva, y que pueden intensificarse en el periodo de embarazo, parto y posparto (Arguedas, 2014). Al respecto, se ha propuesto un concepto más amplio y es el de violencia gineco-obstétrica, este alude a cualquier acción que provenga de una o varias personas que brinden atención médica o de tipo administrativo, ya sea en el ámbito público o privado y que lastime, dañe o denigre la integridad de las mujeres en cualquier edad y que suceda sobre todo

durante la etapa del embarazo, el parto o el puerperio. Es un tipo de violencia específica que va hacia las mujeres o personas gestantes, provocando la muerte en el peor de los casos (GIRE, 2022; LGAMVLV, 2007).

Pérez (2016) indica que la violencia obstétrica no ocurre únicamente durante el parto o puerperio, sino que también ocurre en otros momentos que incluyen la fase del embarazo, revisiones de rutina y realización de exámenes médicos. Asimismo, señala que se trata de una insensibilidad hacia las enfermedades femeninas y es una deuda que no ha sido saldada por parte del Estado ya que no se estudia ni se interviene la problemática. Por tal motivo, considera que ello condensa violencia gineco-obstétrica e institucional. Esta última ocurre dentro del marco de atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio, momentos en los que también participa personal de salud, dentro de los que también debe considerarse al personal administrativo (Orozco y Rocha, s.f).

Para Villanueva (2010) la violencia gineco-obstétrica involucra desde regañones, humillaciones, burlas y manipulaciones (en la información cuando se solicita atención médica), hasta la negación total del tratamiento. De forma literal indica:

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regañones, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana (Villanueva, 2010, p. 148).

Para Orozco y Rocha (s.f) la violencia gineco-obstétrica ha llegado a naturalizarse a partir de prácticas que se han aprendido en el campo de la medicina y que se encuentran atravesadas por una dimensión de género o por prejuicios sexistas, incluso, algunas patologías

se siguen considerando como exclusivas de la mujer y no del hombre, tal es el caso del embarazo y el parto (García, 2018).

La violencia gineco-obstétrica se puede distinguir de otras violencias porque sucede en un espacio concreto como es el hospitalario, en el cual se considera como paciente (y no como persona sana) a la mujer embarazada, esto a pesar de que el estado de embarazo y del parto deberían entenderse como eventos sexuales de las mujeres, sin embargo, se ha patologizado el estado de gestación. Por ello, se ha considerado que la violencia obstétrica es resultado de una violencia estructural en la atención a la salud de la mujer (Sadler et al., 2016).

Dentro de las consecuencias de la violencia gineco-obstétrica se encuentran daños físicos y psicoemocionales. En las primeras sobresalen infecciones en heridas tras el abuso de la cesárea como rutina de parto, las enfermedades femeninas o la mortalidad materna (Cassiano et al., 2016). Laviña (2014), a este respecto, indica que las mujeres que recién han experimentado un parto y que han sido víctimas de violencia obstétrica, suelen enfrentarse a complicaciones ya sea al momento del parto o poco después, entre las afectaciones físicas se encuentran los desgarros inducidos por instrumentos médicos o aquellos que acontecen por la episiotomía³. También las hemorragias generadas a partir de contracciones manipuladas y provocadas por medio de medicamentos, como la oxitocina que pueden provocar sangrados considerables (Mousa et al., 2003).

Existen estudios que confirman que especialistas en salud reproductiva argumentan que para “prevenir desenlaces peores” al momento del parto, a las mujeres se les practican procedimientos quirúrgicos como la episiotomía por considerarse un proceso rutinario, incluso a mujeres en cuyos casos no sería necesario (Camacaro, 2009). En ocasiones las mujeres también llegan a ser intervenidas medicamente en contra de su voluntad, sin su autorización

³ La episiotomía es un corte transversal que se realiza en el periné. Se lleva a cabo para evitar desgarros al momento del parto, sin embargo, se ha considerado que ese corte quirúrgico puede provocar desgarros mayores y más graves (Landy, 2011).

(Castro y Frías 2019), y sin información suficiente respecto a los motivos de dicho tratamiento y sus efectos. Otras consecuencias de estas prácticas violentas también pueden involucrar a los recién nacidos, dentro de ellas subráyese la mortalidad ocasionada por malas prácticas, por lo cual organismos internacionales han señalado que es necesario generar acciones encaminadas a la prevención de afectaciones y de muerte en este sector (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2014).

Schiavon (2020) considera que la violencia obstétrica se enmarca también en la violencia de género contra las mujeres, esta es la acción basada y derivada por el uso de poder que puede provocar agresión física o verbal, psicológica, sexual, económica y patrimonial. Por su parte, Magnone (2011) señala que actos tanto de violencia de género como de violencia gineco-obstétrica viven porque existe una violencia institucional que las sostiene y las hace posibles. Son sistemas de poder de género y de salud que se encuentran interconectados, por lo cual la violencia gineco-obstétrica es también un tipo de violencia de género (García, 2018).

La permanencia de este tipo de prácticas violentas son ejemplo de la dominación jerárquica hacía la mujer. La reproducción de discursos dominantes basados en el género ha dado lugar al descontento que mantiene una lucha constante por el reconocimiento y el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres (Gutiérrez, 2006), especialmente, porque diferentes derechos de las mujeres se violentan cuando se ejercen estas violencias sobre ellas, estos derechos son a: una vida libre de violencia, a protección a la salud⁴, a información y libre consentimiento informado, a la libertad y autonomía reproductiva, a la igualdad y no discriminación, a la integridad personal y a la vida (Frías, 2019).

⁴ En México conforme al Marco Normativo del Sistema Integral de Promoción de la Salud en su nuevo Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR, 2022), establece específicamente que el derecho a la salud “constituye un derecho humano, irrevocable y esencial, cuyo fundamento reside en la dignidad humana, el cual sienta sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948”.

1.4.1 Factores en los que se inspira la violencia gineco-obstétrica

Edad

La edad ha constituido un factor en el que se ha basado la violencia gineco-obstétrica. Aunque a las mujeres de edad más temprana suelen asociarse con una ventaja fisiológica saludable, tanto ellas como mujeres de edad más avanzada (a quienes dentro del discurso médico se les denomina “añosas”), son descalificadas al considerar la edad a la que se embarazan (Orozco y Rocha, s.f).

Schwarz (2010) indica que, para el ámbito médico, la edad sigue siendo factor importante al momento de tener hijos, pues supone inicio irreversible y el descenso de la fertilidad de las mujeres, ya sea para lograr y luego culminar con éxito un embarazo, sin embargo, nunca manifiestan una alerta respecto al factor edad para la vida reproductiva y de fertilidad de los hombres (García, 2018).

González (2011) explica que en un embarazo el riesgo y la edad no son motivos que justifiquen la constante recurrencia a técnicas que se distinguen por el dolor y el abuso sobre el cuerpo de las mujeres, ya sea inducciones médicas como las episiotomías o las cesáreas. En este sentido, cabe destacar que como una constante expresión de la violencia gineco-obstétrica se encuentran diferentes prácticas, como la del uso innecesario de cesáreas, lo que en continentes como América Latina y Europa se distinguen por tener registro de los usos excesivos de la cesárea en lugar del parto vaginal (Ruíz, et al, 2014). Esto coincide con la investigación de Schwarz (2010) respecto al abuso de las cesáreas, donde la mayoría de los obstetras manifestaron que muchas veces se tiene que apurar los partos porque no tienen lugar o hay muchos partos al mismo tiempo y por lo tanto no pueden tener la tecnología “esperando sin uso” (p. 97).

Algunos estudios han comprobado que la edad en las mujeres poco influye al momento de encontrarse en estado de gestación, y que, sin embargo, existen otros factores de riesgo que,

si pueden intervenir en las complicaciones del embarazo y el parto, como la diabetes, la hipertensión arterial y pocas veces el sobrepeso. Si bien es cierto que la mayoría de las mujeres no procuran cuidados previos al embarazo o no se valoran las condiciones de una vida saludable para embarazos a futuro lo que sí puede favorecer riesgos reproductivos, pero poco tienen que ver con la edad (Zetina, et al., 2018).

A este respecto, González de Chávez (1993) arguye que el avance tecnológico debería estar al servicio de las mujeres, sin embargo, termina por privilegiar los intereses de las instituciones, en este caso los hospitales y clínicas que brindan atención médica y no proporcionan un servicio que propicie el bienestar de las mujeres. Martín (1996) indica que las metáforas médicas y sus prácticas desplazan a la mujer y al recién nacido a la calidad de producto ya que parece ser que solo se puede asegurar una perfección en el recién nacido cuando su nacimiento o el parto se reducen a la cesárea, pues esta práctica materializa el control sobre el parto y el nacimiento del recién nacido, por lo cual el médico considera a la cesárea como más segura (Chacham como se cita en Schwarz, 2010).

Sería importante explicarles a las mujeres su situación y que tuviesen la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos, de lo contrario se toman decisiones y actitudes que pueden resultar “paternalistas”. Por ello, García (2018) subraya que mientras el trato paternalista hacia las mujeres esté presente, en lugar de que ellas tomen decisiones respecto a su salud, a su parto y a su vida, seguirá reproduciéndose una constante tutela como si fuesen niñas. Por lo tanto, deberían ser ellas las que decidan sobre su embarazo, sin priorizar su edad antes que su estado de salud, y dejar de elegir por ellas (sin ellas).

1.4.2 Aspectos físicos o particulares de las mujeres

Bowser y Hill (2010) indican siete tipos de abusos que se identifican como los más frecuentes dentro de las salas de parto y constituyen prácticas procedentes de violencia gineco-obstétrica:

1) abuso verbal o atención no dignificada; 2) abuso físico; 3) atención no autorizada, 4)

abandono durante la atención; 5) violación a su confidencialidad, 6) detención en las instalaciones y 7) discriminación basada en características particulares de las mujeres, este último se suele basar en ciertos detalles o modificaciones corporales en el cuerpo de las mujeres, como las expansiones en los lóbulos de las orejas, aretes en diferentes partes del cuerpo y tatuajes (Bowser y Hill, 2010).

En estas características físicas de las mujeres se ha inspirado manifestaciones de violencia. Nóvoa (1929), a este respecto, indica que la inferioridad de la mujer física (y socialmente) se ha propuesto desde términos fisiológicos, ya que el cuerpo del varón ha constituido la norma del cuerpo humano “perfecto”, a diferencia del de la mujer porque se consideraba que poseía rasgos inmaduros e infantiles, como la conformación del cráneo o el timbre de la voz. Actualmente, en el cuerpo se ha basado la descalificación y violencia física y verbal que viven las mujeres con experiencia de violencia gineco-obstétrica.

Desde el sistema binario de género, eventos como el embarazo, el parto y el puerperio se reducen únicamente a aspectos de las mujeres, pues histórica, cultural, política y socialmente se ha construido y reducido la idea de que por capacidades biológicas la maternidad sea comprendida como el único destino de las mujeres, agregando ciertas particularidades en las experiencias al respecto, por ejemplo, el dolor que se debe asumir durante el proceso del parto como muestra del amor hacia sus recién nacidos, mismas ideas que mantienen ese sistema de género (Blázquez, 2005; Orozco y Rocha, s.f) y que deben seguir cuestionándose.

Capítulo II. Metodología

2.1 Enfoque

En este estudio se acudió al enfoque cualitativo de investigación, método flexible que permite explorar fenómenos a profundidad, analizar a partir de significados y extraer datos desde múltiples realidades subjetivas, por lo cual este método puede considerarse bondadoso por la riqueza interpretativa que facilita y por la libertad de contextualizar un fenómeno social (Hernández Sampieri, 2010). Este enfoque permite cualificar, así como describir un fenómeno social a partir de características y rasgos relevantes (Bernal, 2010), a la vez que le interesa identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica, y surge para intentar dar solución a problemáticas de la vida cotidiana (Cortés e Iglesias, 2004; Fernández y Díaz, 2002).

2.2 Diseño

El diseño cualitativo bajo el cual se desarrolló este estudio fue el de Teoría Fundamentada (TF), este tiene como uno de sus beneficios que la lectura y postura teórica que en algún momento se planteó, se pueda posponer o poner en pausa mientras se realiza el trabajo de campo, esto con la posibilidad de que el investigador pueda reestructurar el abordaje teórico una vez que se han observado a los sujetos de estudio (Hoffman como se cita en Flick, 2004).

La Teoría Fundamentada fue propuesta en la década de los 60 por Strauss y Glasser, y está basada en el interaccionismo simbólico (San Martín, 2014). Su estrategia es el método de comparación constante, este permite al investigador poder recoger, codificar y analizar información de manera simultánea para generar teoría, con el fin de demostrar su plausibilidad y lograr verificar teorías antes propuestas (Soneira, 2006). Diversos autores sostienen que la mejor manera de representar la realidad en cuanto al conocimiento profundo de un fenómeno social es realizando un análisis basado en la TF, para representar dicha realidad a partir de los datos que puedan surgir inductivamente (San Martín, 2014).

2.3 Técnicas

Las técnicas a través de las cuales se obtuvo información en este estudio fueron: entrevista semiestructurada, revisión y análisis documental, y diario de campo. Cerri (2010) indica que la entrevista semiestructurada permite un encuentro natural que genera un desenvolvimiento entre el investigador y el entrevistado, y la información suele surgir con mejor fluidez. Este autor también indica que tanto la entrevista semiestructurada como la observación propician interacción, negociación y conversación entre quien entrevista y quien comparte información en dicho ejercicio. En este estudio, se empleó un guion de entrevista compuesto por diez preguntas. Estas entrevistas se realizaron de manera virtual y tuvieron una duración que varió entre 30 y 45 minutos cada una, ello dependió de la conversación y las respuestas de los participantes. Se consideraron tres ejes temáticos, estos fueron:

- Experiencia de mujeres en la atención recibida antes, durante y después del parto.
- Comportamientos violentos o actos agresivos llevados a cabo por el personal de atención a la salud.
- Evaluación de la atención proporcionada por mujeres y por varones del personal de salud, destacando diferencias y similitudes en la atención brindada por ambos grupos.

Se acudió también al diario de campo, este es un instrumento flexible que le permite al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación y, al mismo tiempo, permite organizar, señalar e interpretar la información que se va recabando (Bonilla y Rodríguez, 1997). En este caso la información se concentró en archivos de Word y también en notas de cuaderno. Esto fue así al considerar que, como indica Valverde (1993), contar con una versión particular de cuadernillo de notas durante la recolección de información permite profundizar sobre nuevos sucesos en torno al tema de investigación que se está trabajando. Señálese también que durante el proceso de tratamiento y análisis de información en el software ATLAS.ti también se generaron notas de dicho proceso en la sección de Memos en dicho programa.

Se llevó a cabo también revisión y análisis documental. Se consultaron fuentes impresas y, especialmente, electrónicas tales como artículos, libros, informes de instancias gubernamentales, informes de prensa, boletines, gacetas, diarios oficiales y documentos obtenidos en bibliotecas virtuales. También se consultaron bases de datos de instancias nacionales respecto a violencia contra las mujeres y violencia gineco-obstétrica. Las palabras clave de búsqueda fueron: violencia, violencia obstétrica, mujeres, parto, personal médico y personal de salud.

2.4 Participantes

Se acudió a una muestra por conveniencia. Esta se refiere a que una vez definida la unidad de análisis de un estudio (situaciones, comunidades, individuos, periódicos, etc.) se delimita al subgrupo de una población que debe ser representativo de esta y de la cual se recolectan datos durante el trabajo de campo (Hernández-Sampieri, 2010). En este estudio se consideró la participación de 10 mujeres que antes, durante y después del parto habían sido atendidas en instituciones de salud pública localizadas en el norte de la Ciudad de México. En algunos casos habían solicitado atención cerca del final del embarazo. El período comprendido consideró 2014-2021.

Tabla 4.*Características sociodemográficas de participantes en el estudio*

Pseudónimo:	Mujer P1	Mujer P2	Mujer P3	Mujer P4	Mujer P5	Mujer P6	Mujer P7	Mujer P8	Mujer P9	Mujer P10
Edad:	24	25	23	32	34	22	32	37	19	19
Estado civil:	Soltera	Unión libre	Casada	Casada	Separada	Casada	Unión libre	Casada	Unión libre	Unión libre
Familia: (nuclear, extensa, matrilocal, patrilocal):	Nuclear	Nuclear	Extensa	Extensa	Nuclear	Extensa	Nuclear	Extensa	Nuclear	Extensa
Escolaridad:	Preparatoria trunca	Bachillerato trunco	Bachillerato	Carrera trunca	Lic. en administración	Bachillerato	Carrera trunca	Preparatoria	2° de secundaria	Secundaria
Oficio/ocupa ción	Estudiante y auxiliar educativo preescolar	Trabajadora del hogar	Trabajadora del hogar	Comerciante	Administración y finanzas en tienda de pinturas	Promotora de empresa telefónica	Trabajadora del hogar	Trabajadora del hogar	Trabajadora del hogar	Trabajadora del hogar y ventas por catálogo
Origen étnico:	Ninguno	Ninguno	Náhuatl	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Materno/ indígena- náhuatl	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Comunidad indígena:	Ninguna	Ninguna	San Felipe de Orizatlán	Ninguna	Ninguno	Ninguna	Náhuatl	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Lugar de nacimiento de la participante:	CdMx	Veracruz	CdMx	Puebla Tlatlauquitepec Sierra Norte.	CdMx	CdMx	CdMx	CdMx	Edo. de México Chimalhuacán Totalco	CdMx
Institución donde fue asistida	Institución 1	Institución 1	Institución 2	Institución 1	Institución 2	Institución 2	Institución 2	Institución 2	Institución 1	Institución 1
Fecha en que solicitó servicio	14/10/2021	11/01/2019	25/11/2020	28/04/2020	4/11/ 2016	3/ 10/2019	18/09/2014	21/04/2018	19/04/2017	31/03/2019
Lugar y fecha de entrevista:	Vía Zoom 22/10/2020	Vía Zoom 4/11/2020	Google Meet 25/02/2021	Google Meet 2/03/2021	Google Meet 10/03/2021	Google Meet 13/03/ 2021	Google Meet 15/03/2021	Google Meet 8/04/2021	Google Meet 23/04/2021	Google Meet 31/05/2021
Tipo de entrevista:	Semiestructurada									
Entrevistado r/a:	B. Adriana Tapia Carrillo									

Con el objetivo de no revelar datos que permitan identificación de las participantes se les asignó un número: Participante 1 (P1), Participante 2 (P2), Participante 3 (P3), así sucesivamente hasta llegar a la Participante 10 (P10). Lo mismo se consideró para no revelar datos de las instituciones de salud que las participantes refirieron, a estas se les asignaron también números organizados de la siguiente manera:

- **Institución 1:** Hospital público especializado en la atención a mujeres embarazadas.
- **Institución 2:** Institución de Salud especializado en salud reproductiva de mujeres y pediatría. Ambas ubicadas al norte de Ciudad de México.

2.5 Procedimiento

Debido a la contingencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) y al confinamiento solicitado por instancias de salud, el trabajo de campo se realizó de forma virtual. Primeramente, a través de una red social se compartió una invitación a participar en el estudio, en esta se expuso el objetivo general y los criterios que las participantes debían cumplir para concretar su participación. A las posibles interesadas se les solicitó que contactaran “inbox” y, posteriormente, vía whatsapp se les compartieron detalles de la investigación y, a su vez, se concretó la fecha y hora de entrevista. Algunas de ellas también propiciaron el contacto con otras mujeres que consideraban podrían estar interesadas en compartir su experiencia. A alguna de ellas se les contactó e invitó también a participar.

Se les indicó a las participantes que la información que compartieran se utilizaría exclusivamente con propósitos académicos, garantizando así su anonimato. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera virtual, utilizando plataformas digitales como Google Meet y Zoom, durante el período comprendido entre octubre de 2020 y mayo de 2021.

2.6 Tratamiento y análisis de la información

El contenido de las entrevistas se grabó, transcribió, organizó y categorizó en el software para análisis cualitativo ATLAS.ti versión 9.0. Los procedimientos analíticos de este software están basados en la Teoría Fundamentada (TF) y posibilitan la práctica analítica cualitativa (San Martín, 2014). Acudiéndose tanto a la codificación *in vivo* y *axial* se generaron 460 citas con contenido que se consideró relevante, estas se vincularon a 21 códigos, de los cuales 8 obtuvieron la más alta densidad (por el número de citas a los que se encontraban vinculadas). Se generaron cuatro agrupaciones de códigos: 1) Personal de atención a la salud (7 códigos); 2) Experiencia negativa (8 códigos); 3) Instituciones gineco-obstétricas (3 códigos) y 4) Experiencia positiva (3 códigos). A continuación, se muestran los códigos generados conforme al análisis de la información obtenida.

Hay que señalar también que dentro de los principales tipos de violencia que se vincularon con la violencia gineco-obstétrica, destacaron la violencia verbal, violencia física y violencia psicológica. Mismos códigos son los que destacaron por su alta densidad durante el trabajo de análisis de información en el software de ATLAS.ti.

Tabla 5.*Códigos generados conforme al análisis de información obtenida en entrevistas*

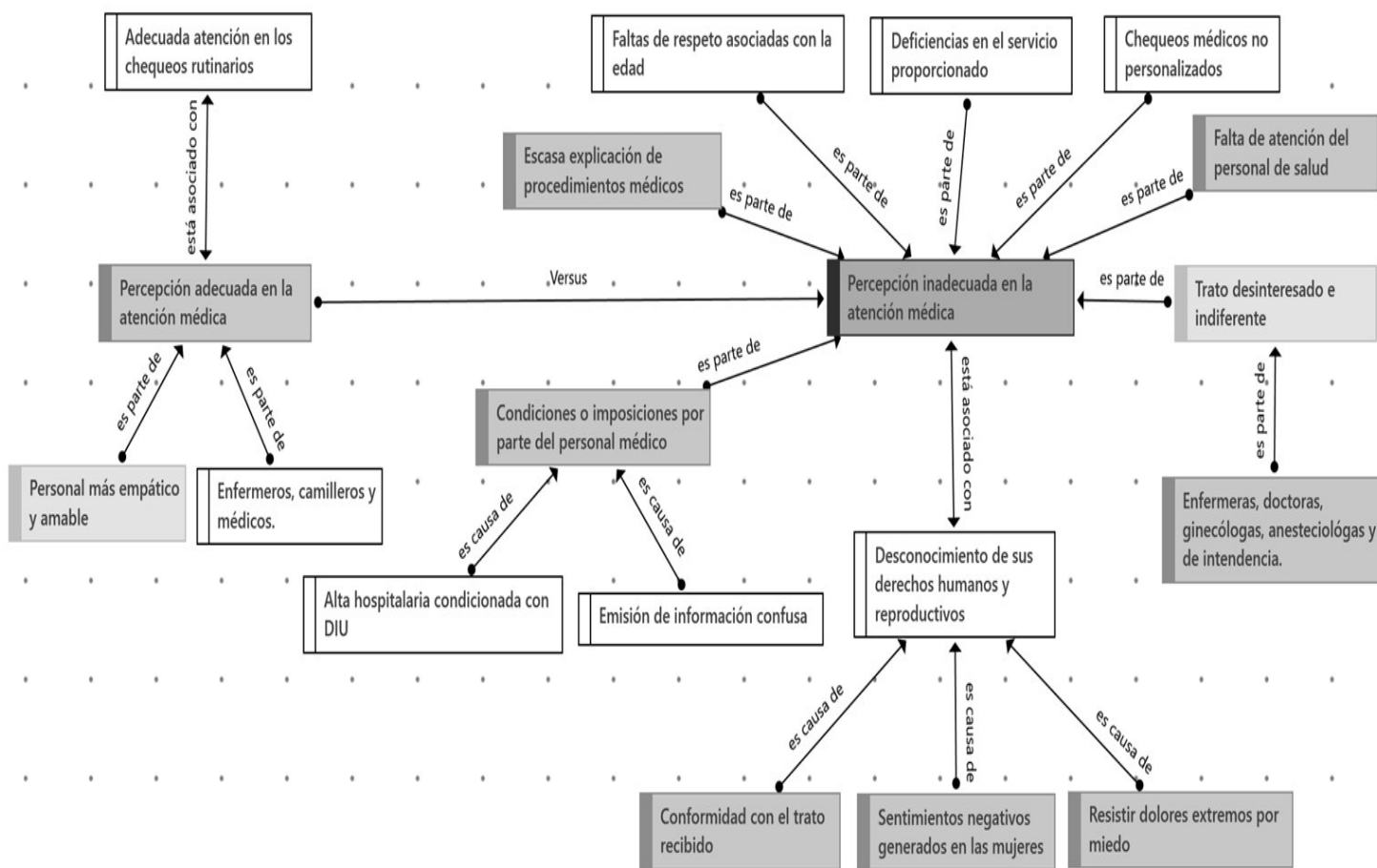
Grupo de códigos	Códigos conforme a grupos de códigos
Personal de atención a la salud (7 códigos en el grupo)	1.- Trato desinteresado e indiferente
	2.- Emisión de información confusa por personal de atención a la salud
	3.- Adecuada atención en los chequeos rutinarios
	4.- Resistir dolores extremos por miedo
	5.- Chequeos médicos no personalizados
	6.- Escasa explicación de procedimientos médicos
	7.- Falta de atención del personal de salud
Experiencia negativa (8 códigos en el grupo)	1.- Percepción inadecuada en la atención médica
	2.- Sentimientos negativos generados en las mujeres
	3.- Incomunicación total con sus familiares
	4.- Faltas de respeto asociadas con la edad
	5.- Desconocimientos de sus derechos humanos y reproductivos
	6.- Condiciones o imposiciones por parte del personal médico
	7.- Consulta de dudas a terceras personas
	8.- Nula posibilidad de elegir sobre su parto
Instituciones gineco-obstétricas (3 códigos en el grupo)	1.- Deficiencias en el servicio (en general)
	2.- Conformidad y aceptación del trato recibido
	3.- Condicionar la atención médica
Experiencia positiva (3 códigos en el grupo)	1.- Percepción adecuada en la atención médica
	2.- Atención proporcionada por hombres
	3.- Trato más amable y empático

Capítulo III. Análisis de Resultados

3.1 Experiencias de atención gineco-obstétrica

El objetivo general de esta investigación fue conocer la experiencia de mujeres que fueron atendidas antes, durante y después del embarazo y al momento del parto en alguna institución de salud pública ubicada al norte de la Ciudad de México, identificando prácticas de violencia gineco-obstétrica, así como conocer si hubo diferencias entre el servicio proporcionado por varones y mujeres del personal de atención a la salud. En la siguiente Figura 2 se muestran los códigos identificados en el contenido de las entrevistas que las mujeres compartieron respecto a su experiencia de atención médica.

Figura 2. Experiencias de atención médica gineco-obstétrica



La figura anterior fue construida a partir del contenido de 460 citas y 19 códigos generados, ello para abordar el objetivo principal del estudio. El código con mayor densidad fue *percepción inadecuada en la atención médica recibida* con 193 citas, sin embargo, se derivaron otros tres códigos de alta densidad: a) *Sentimientos negativos generados* (en las mujeres) con 93 citas, b) *Inatención por parte del personal* con 60 citas y c) *Nula elección en procedimientos médicos* con 45 citas.

El resto de códigos con mediana densidad, pero no menos importantes, surgieron también en el contenido de las entrevistas que aludía a la experiencia de las mujeres participantes en torno a la atención a la salud que recibieron, centrandose especial atención en las manifestaciones de violencia gineco-obstétrica (incluso no reconocidas), en los cuales se consideró desde los chequeos de rutina hasta el momento del parto, entre ellos destacaron: a) *Trato desinteresado o indiferente*, b) *Escasa explicación sobre procedimientos médicos* y c) *Deficiencias en el servicio* que ocasionaban dudas en las mujeres al momento de ser atendidas, lo que en la mayoría de los casos las orilló a aceptar y dar por hecho el trato recibido, ya sea por el miedo que experimentaban o porque observaban que a todas las mujeres se les trataba de la misma manera. Lo anterior permitió conocer que los tres tipos de violencia que destacaron durante su experiencia fueron de tipo verbal, física y psicológica.

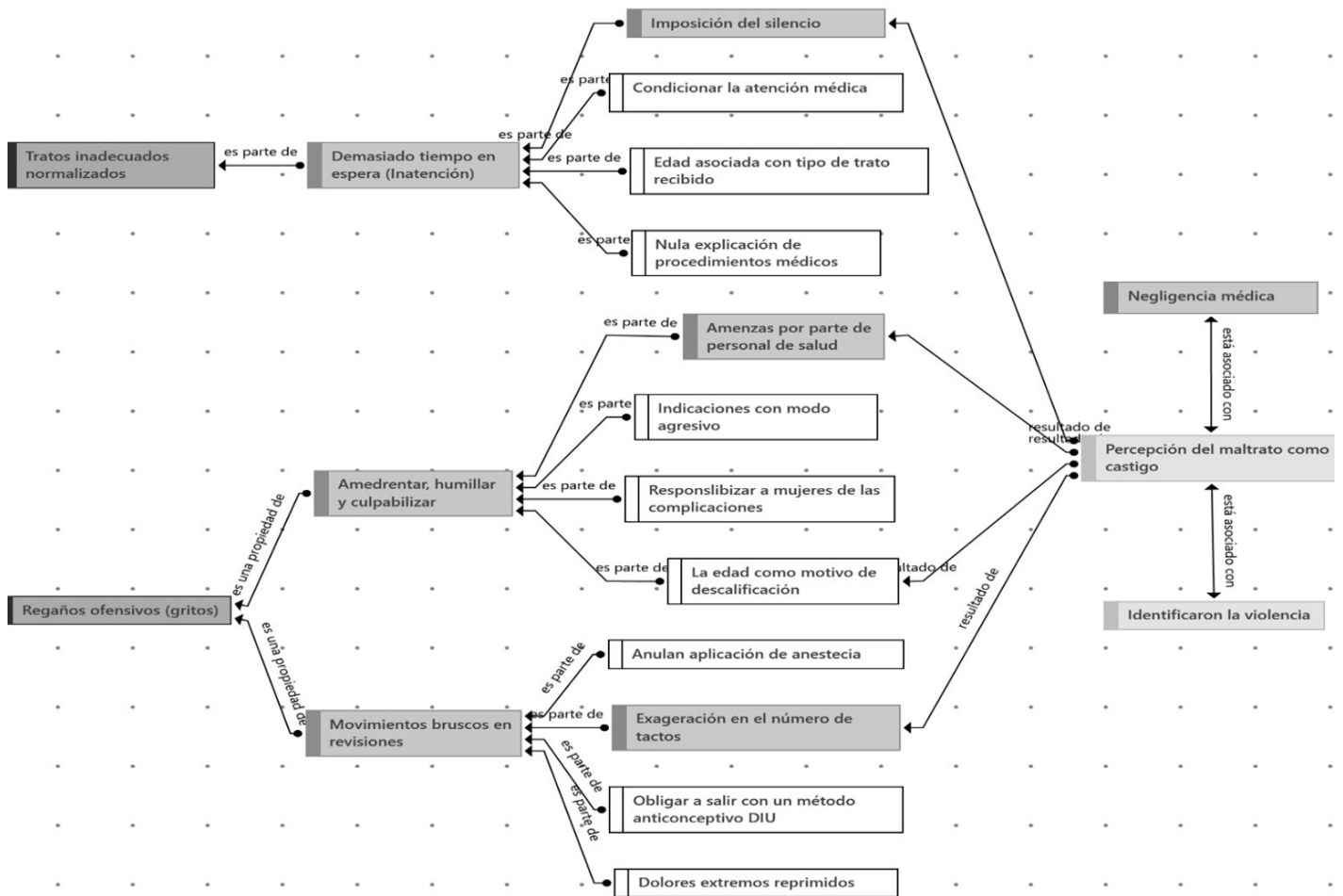
A este respecto, cabe mencionarse que la LGAMVLV (2007), hace referencia a dos tipos de violencia contra las mujeres que en este estudio se identificaron como parte de la violencia gineco-obstétrica, estas fueron la violencia psicológica y la violencia física. Respecto a la primera señala que se refiere a cualquier acción u omisión que cause daño a la estabilidad psicológica de una persona. Esto puede manifestarse de diversas maneras, como negligencia, abandono, falta de cuidado repetida, celos excesivos, insultos, humillaciones, menosprecio, aislamiento, falta de afecto, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción de la capacidad de decisión personal y amenazas. Estos comportamientos pueden

llevar a la víctima a experimentar síntomas como depresión, aislamiento social, disminución de la autoestima e incluso pensamientos suicidas.

Respecto a la violencia física se indica que es cualquier acción que cause daño de manera no accidental, ya sea mediante el uso de fuerza física o a través del empleo de armas u objetos que puedan ocasionar lesiones, tanto internas como externas, o una combinación de ambas (LGAMVLV, 2007).

Aunque la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007) no proporciona una definición específica de la violencia verbal, esta forma de violencia se encuentra implícita en la definición de la violencia psicológica, que incluye elementos como insultos, humillaciones, devaluación y amenazas como parte de la violencia contra las mujeres. Estos aspectos fueron identificados en los testimonios de las participantes de esta investigación y se resumen en la siguiente figura:

Figura 3. Manifestaciones de violencia gineco-obstétrica en participantes



La figura anterior se inspiró en el contenido de 269 citas y 20 códigos de los cuales resultaron con una mayor densidad: a) *Regañños ofensivos (gritos)*, con 49 citas, b) *Imposición del silencio* con 39 citas y c) *Tratos inadecuados normalizados*, con 32 citas. Estos se asociaron a los códigos de mediana densidad como: *amedrentar, humillar y culpabilizar*; *Demasiado tiempo en espera (Inatención)* o la *percepción del maltrato como castigo*. Agregando también los *movimientos bruscos en las revisiones* y la *exageración en el número de tactos* como parte del grupo de códigos de *violencia física*, denominándolos así porque las participantes explicaron haber notado el mismo trato con la mayoría de las mujeres, y no identificaron estos comportamientos como violentos, sino, que fueron normalizados ante su percepción.

Hay que señalar también que el código con menor densidad en la Figura 3 fue el de *Negligencia médica*, el cual apareció en solo una ocasión durante todo el análisis de la

información, pues solo una participante describió como negligente la atención que recibió durante el proceso de parto, sin embargo, no lo reportó como violencia. Subráyese, en este sentido, que los códigos mencionados forman parte de los tres tipos de violencia (verbal, física y psicológica) que conforman a su vez a la violencia gineco-obstétrica y que destacaron durante la experiencia de las mujeres participantes.

3.2 Violencia verbal

Las mujeres participantes en el estudio indicaron que en su mayoría el personal de atención a la salud femenino como enfermeras, doctoras, anesthesiólogas, obstetras, administrativas y personal de limpieza, fueron de quienes recibieron descalificaciones e insultos verbales más constantes, entre los cuales se identificaron relatos como los siguientes.

Ya en algún momento, ya muy grosera sí me dijo [refiriéndose a la enfermera en turno]: ‘si no guardas silencio, te voy a dar una venda para que la muerdas’, que para que, según yo, ya no gritara tanto (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

Otra participante también compartió al respecto:

[...] De hecho, mi mamá antes de que yo me internara me dijo: ‘No vayas a gritar porque a las mujeres que gritan no les hacen caso, [...] trata de calmarte y de no gritar porque entre más gritas menos te atienden o hasta te faltan al respeto’ (Participante 8, trabajadora del hogar, 37 años).

Los testimonios similares a los mencionados sugieren un comportamiento autoritario por parte del personal de salud que atiende a las mujeres participantes. En estos entornos, las mujeres parecen enfrentar dificultades para expresar sus molestias y se ven obligadas a recurrir al silencio como una estrategia de supervivencia. (Martínez et al., 2015, p.361).

Las mujeres también señalaron en sus experiencias que, durante las revisiones periódicas sobre el progreso y el avance de sus embarazos, algunos inconvenientes en su salud eran motivo de descalificación y de proyectar la completa responsabilidad en ellas, por ejemplo,

sobre la aparición de posibles complicaciones durante el proceso de gestación del bebé. Esta situación se vivió en el caso de una mujer con sobrepeso.

[...] Una vez que fui a la gineco en la consulta que me dieron allá, si me dijeron que: ‘¡cómo era posible! que era más gordura que bebé’ y así, o sea, me trataron mal porque me empezaron a decir muchas cosas sobre mi peso y ni siquiera me decían por lo que yo iba. Yo iba por mi bebé (Participante 8, trabajadora del hogar, 37 años).

En relación con esto, según Sanmartín (2006), la violencia verbal se define por el uso de expresiones tanto verbales como gestuales, que se pueden traducir en insultos, o incluso el empleo de mensajes escritos o electrónicos que tengan la intención de intimidar, amenazar o chantajear a una mujer, poniendo en riesgo su bienestar emocional, todo esto conforme a la Ley Orgánica de Venezuela 38.668 (2007). Estas manifestaciones de violencia verbal también abarcan situaciones como el ejemplo que se muestra a continuación:

Entonces mi cuerpo me pedía que me pusiera en cuclillas y yo me puse en esa posición, y llegó otra enfermera que había llegado en el cambio de turno y me regañó, me dijo: ‘¡Siéntate que te vas a caer, y si te caes nosotros no respondemos!’ Yo le dije: Es que así me siento cómoda, (-Ella dijo): ‘¡Que no! ¡Que te sientes!’ y me empezó a gritar (Participante 7, trabajadora del hogar, 32 años).

La práctica de mantener a las mujeres en una posición horizontal durante el parto, basada en la noción del "modelo ideal de mujer pura", se consolidó durante la época victoriana, vinculando el proceso de dar a luz con el sufrimiento, como si fuera una enfermedad que necesariamente debía ser tratada en la cama de un hospital (Arguedas, 2014). En consecuencia, el personal de atención médica instruye a las mujeres sobre las posiciones que deben adoptar durante el proceso de parto, una práctica que en la mayoría de las veces acentúa los dolores en el cuerpo de las mujeres durante todo ese proceso. En Francia a casi mediados del siglo XVIII, el

Rey Sol ordenó la práctica de parir acostada por primera vez, pues el rey quería ver nacer a su hijo sentado cómodamente desde una butaca (García, 2018).

Sin embargo, en algunos países, el embarazo y el parto no se consideran como condiciones médicas, y las mujeres disfrutaban de una mayor autonomía al tener a sus bebés, permitiéndoles elegir la posición que les resulte más cómoda. Por ello, la posición acostada y boca arriba es poco usual, pues a la hora del parto las mujeres pueden recurrir a una posición vertical, en cuclillas o incluso de rodillas, sin embargo, la idea del parto como enfermedad se ha fortalecido en determinados períodos de la historia, como la idea del “modelo ideal de mujer pura” que en México y sobre todo en la época victoriana, se reforzó la asociación del padecimiento con el parto (Arguedas, 2014). El personal de salud representa, en cierta forma, ese poder que se ha ejercido sobre las mujeres desde tiempos ancestrales; así, las prácticas llevadas a cabo por el personal de atención a la salud son ese ejercicio de poder, no solamente en relación con los cuerpos de las mujeres, sino también a través de ellos (Arguedas, 2014).

Por otra parte, las mujeres que participaron en el estudio percibieron que su aspecto físico también fue un factor que motivó la violencia por parte del personal médico y de salud hacia ellas. En este contexto, una de las participantes compartió:

La doctora que me atendió me discriminó por mis expansiones, me dijo: ‘¿Qué le vas a enseñar a tu hijo cuando nazca? y ¿Qué va a pasar cuando se haga lo mismo en sus orejas?’ Yo dije: pues lo va a hacer y está bien (Participante 7, trabajadora del hogar, 32 años).

Crenshaw (1998) sugiere que los prejuicios son los responsables de reflejar en las prácticas sociales las percepciones que existen sobre las personas, y son estos prejuicios los que se dirigen específicamente hacia ciertos individuos o grupos sociales particulares. Según Lázaro y Jubany (2017), estos prejuicios son sistemas que, a través de jerarquías, convierten las diferencias en una fuente de discriminación. Otra de las participantes también hizo hincapié en este tema al señalar:

(...) me empezaron a cuestionar que si yo me drogaba o que si me metía esto o el otro. Y yo así de no, pues, no. Ya luego me empezaron a sacar sangre porque creo que no me creyeron. La primera que me sacaron la perdieron, la confundieron con otras. Total, me tuvieron que volver a sacar y salió que estaba yo limpia, pero jamás me dieron un diagnóstico del porqué me dolía la mitad de mi cuerpo, de por qué no me podía mover (Participante 9, trabajadora del hogar, 19 años).

Siguiendo la perspectiva de Lázaro y Jubany (2017), en un sistema jerarquizado, las diferencias se vuelven especialmente visibles y se convierten en una fuente significativa de subordinación y rechazo. En este sentido, las participantes del estudio también destacaron que la edad fue otro aspecto que suscitó actos de violencia por parte del personal de atención a la salud hacia ellas:

Pues el doctor me dio una santa regañada, me regañó muy feo. Me dijo que cómo era posible, primero por mi edad de 14 años, que cómo era posible, que era yo tan chica. Hasta le dijo a mi mamá: ‘¿Cómo es posible señora que no cuidó a su hija?’ Y ya sabes ¿no? (Participante 9, trabajadora del hogar, 19 años).

Las participantes coincidieron también en que el trato recibido por parte del personal de atención a la salud fue que entre más jóvenes eran las madres, más inadecuado era el trato que recibían, esto pese a que la medicina moderna considera a las mujeres de edad más temprana con ventajas fisiológicas saludables en comparación a mujeres de mayor edad (García, 2018).

Para las participantes, la edad (ser jóvenes) fue motivo de la descalificación del personal de atención a la salud hacia ellas, por lo tanto, sería de esperarse que la edad, al momento de embarazarse, no debiera ser motivo de descrédito especialmente cuando los embarazos de las mujeres progresan sin problemas médicos, y así sean ellas las que decidan y elijan sobre el proceso de sus embarazos, independientemente de su edad.

3.3 Violencia física

La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f) en su propósito por prevenir la violencia, describen a esta como el uso de manera intencional de la fuerza física o el poder real para amenazar ya sea contra una persona, una comunidad o a uno mismo, lo que puede provocar lesiones, daño psicológico, un mal desarrollo e incluso, la muerte, por ello consideran a la violencia como un problema de salud pública.

Respecto a este tipo de violencia, Rojas (1996) señala que las prácticas violentas se reducen al uso intencional de la fuerza física, y que tienen como propósito el dañar directamente a un semejante, ya sea humillándolo, destruyéndolo o incluso matándolo, mismas prácticas que desde la niñez suelen ser aprendidas y adquiridas. Esto se ilustra a través de la experiencia de una de las participantes, quien compartió:

Cuando me dijeron: ‘¡Duérmete!’, en la manguerita, me pusieron otra cosa y ya no supe nada de mí. Pero antes de todo esto, me acuerdo de que me amarraron de las manos, ahora sí que, como Jesucristo, me amarraron para que no me moviera y de la cabeza también (Participante 9, trabajadora del hogar, 19 años).

La completa falta de movilidad de las mujeres es una práctica extrema que se respalda mediante el discurso médico, ya sea al sujetarlas o mantenerlas inmobilizadas mediante el uso de sustancias anestésicas. Estas prácticas se han vuelto habituales en el entorno hospitalario.

Cassiano et al. (2016) exponen que otra manera de castigar a las mujeres a la hora del parto es anular cualquier tipo de anestesia que pueda disminuir el dolor y este mismo se convierta en una especie de castigo, que debe pagar la mujer en consecuencia a sus actos sexuales que la llevaron a embarazarse. “Por ello, el discurso ginecológico reconoce la necesidad de controlar y administrar la naturaleza femenina” (Schwarz, 2010, p. 86). González (2011) subraya que, en un embarazo, tanto el riesgo como la edad, no son motivos que justifiquen ciertas manipulaciones

extremas o el uso de analgésicos o drogas que se continúan realizando hoy en día en hospitales al momento de proporcionar la asistencia médica al parto.

Hubo una obstetra que sí le dijo a una señora: ‘Ay, pero si así fueran cuando andan ahí cogiendo, bien que pudo hacer el bebé y ahorita que ya lo va a tener ya no va a aguantar, pues ¿Qué pasó señora?’ (Participante 8, trabajadora del hogar, 37 años).

El testimonio anterior hace subrayar lo indicado por García (2018), quien señala que la sexualidad femenina sigue estando sometida a tabúes culturales y prejuiciosos, que han invisibilizado el placer y el derecho a la sexualidad de las mujeres al degradarla a comparación de la sexualidad masculina, esta última siendo la que más le ha interesado al modelo médico hegemónico androcéntrico, “convirtiendo a las mujeres en personas cuyo fin sexual es la mera reproducción” (p.95).

Camacaro (2009) hace hincapié en que la institucionalización de un proceso tan importante para las mujeres, como es el reproductivo (que, en el caso del nacimiento de los bebés, solía ocurrir en casa antes de trasladarse al hospital), resultó en la invalidación del papel protagónico de las mujeres en sus propios embarazos, el momento del parto y el puerperio. El conocimiento médico, en cierta medida, desplazó la toma de decisiones de las mujeres a través de su autoridad y mediante la aplicación repetida de técnicas, como el tacto por parte de estudiantes o médicos, que constituyen un evento significativo en la interacción entre la mujer y la autoridad médica. En este contexto, una de las participantes expresó:

Luego, ya cuando me hicieron el tacto, pues, si son bruscos, porque te dicen ‘a ver las piernitas’ y ¡zas!, te hacen el tacto sin ninguna consideración y ya tú con un poco de contracciones, pues es más doloroso todavía (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

Otra de las participantes también compartió su experiencia en este sentido:

[...] Cuando la doctora me lo jaló [haciendo referencia al hilo con el que suturaron la herida de su cesárea.], porque me lo jalaron, pues me dolió mucho porque esa vez no tenía anestesia ni nada, y pues ya la verdad yo ya no quise saber nada, nada, nada de ese hospital, pues por todo lo que pasé y ya mejor yo consultaba con médicos de la familia, [...] porque pues ya me quedé como con miedo de volver a eso por todo lo que pasé (Participante 3, trabajadora del hogar, 23 años).

En sistemas de poder estructurales, como el sistema médico, el testimonio anterior da cuenta de cómo las mujeres han sido consideradas como objetos en lugar de sujetos, y se les ha atribuido el control sobre cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas (Camacaro, 2009). Shader et al. (2000) coinciden y argumentan que las personas más perjudicadas por la violencia son las mujeres, ya que esta violencia implica el uso de la fuerza y el poder para someterlas a los deseos de otra persona. Butler (2020) refiere que la violencia no puede ser una situación que pueda quedarse reducida a la forma de un golpe, sino que ese golpe podría ser más bien la manifestación de la reproducción social y estructural reducida a un brevísimo instante, por lo tanto, hace énfasis en que quedan pendientes muchas cuestiones en torno a los derechos humanos de las mujeres y, sobre todo, en los regímenes que continuamente reproducen dinámicas de desigualdad entre los seres sociales.

3.4 Violencia psicológica (psico-emocional)

En México, la LGAMVLV (2019), extiende su definición de violencia psicológica incluyendo otras omisiones como: Insultos, humillaciones, degradación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones perjudiciales, rechazo, limitación de la autodeterminación y amenazas son formas de abuso que, además, pueden conducir a la víctima a experimentar graves casos de depresión o incluso considerar el suicidio.

Una participante compartió su experiencia expresando lo siguiente:

Había varias chicas que estaban igual en la sala de parto y algunas se quejaban y yo, por ejemplo, llegué a quejarme un poco y las enfermeras me decían que, aunque llorara o gritara me iban a ignorar más tiempo. Así literal. Y pienso que eso no es correcto ¿No? (Participante 2, trabajadora del hogar, 25 años).

Cuando se concibe la maternidad como el único camino para las mujeres, se perpetúan nociones que vinculan la maternidad con el sufrimiento y la abnegación. Esto puede llevar a situaciones como la negación de la anestesia, ya que se considera que el dolor es una parte integral del proceso y que experimentar un mayor dolor se traduce en un amor más profundo hacia el hijo o la hija (Orozco y Rocha, s.f). Dichos parámetros médicos normativos, han identificado a la maternidad como parte fundamental de una identidad femenina (Meloni, 2002). En relación con lo mencionado anteriormente, una de las participantes compartió:

A mí la atención que me dieron los doctores desde que llegué fue mala porque, finalmente, te dejan sufrir y no sé si era cuestión de que iba para parto normal, que tienes que sufrir las contracciones y todo lo que venga del parto (Participante 5, empleada administrativa, 34 años).

Para Pérez y Hernández (2009) esta violencia gineco-obstétrica mantiene un ejercicio de poder y se condiciona a partir de determinados elementos que se encuentran enraizados en la cultura patriarcal. Orozco y Rocha (s.f) plantean que considerar que la violencia gineco-obstétrica es simplemente un problema de calidad en los servicios de salud oculta los abusos arraigados en el androcentrismo o el sexismo que aún persisten en el ámbito médico. Asumir que la falta de personal, suministros médicos o la sobrecarga de pacientes son las causas de la negligencia es simplificar la responsabilidad del personal encargado de brindar atención, como lo ejemplifica la siguiente participante:

Yo le dije al doctor: aparte de las contracciones yo me siento mal. ¿Qué fue lo que me pusieron? – ‘Es que le pusieron metoclopramida y omeprazol’, entonces, yo le dije al

doctor que yo era alérgica a la metoclopramida. Le dije (...), no entiendo por qué me la pusieron. Y yo tenía una ansiedad bien cañona. Yo me quería levantar, rasguñaba los tubos de la camilla y nada más me dijo: ‘Es que sí se la pusimos’, pero entonces, ni leyeron mi hoja (Participante 5, empleada administrativa, 34 años).

Por tanto, Orozco y Rocha (s.f) enfatizan que estas conductas perjudiciales continúan siendo invisibles debido a la dimensión de género. Las mujeres han ocupado históricamente un rol subordinado en comparación con los hombres en ciertos contextos, como las salas de parto, que se convierten en lugares donde se ejerce este poder. Los obstetras, debido a su conocimiento y autoridad, tienen una ventaja significativa en la toma de decisiones, mientras que las mujeres se ven obligadas a seguir instrucciones sin la posibilidad de hacer reclamos, cuestionar o tomar decisiones sobre cómo deben ser tratadas ellas y sus bebés. El siguiente testimonio narra al respecto:

Porque las practicantes son así de: ‘Ay ¡Muy bien señora! Aquí está su bebé’, como que hasta se emocionan hasta cierto punto, pero llegan los doctores como muy déspotas. De hecho, en la gineco me mandaron hacer un ultrasonido, y la muchacha que estaba haciendo el ultrasonido no sabía si era niño o niña y la chava, así como de: ‘¿No está emocionada señora?’ y así, hasta como que hacía con emoción su trabajo, o sea, el ultrasonido, pero la doctora que le dice: ‘¿Qué es?’ y la chava le dice: ‘Niña, creo, es que no se deja ver bien se mueve mucho el bebé’ y la doctora como que de mala gana la quitó y le dijo: ‘¡A ver! Déjame ver’, y ya ella me hizo el ultrasonido y le dice: ‘No. Es un niño’, así como diciéndole, - ‘¡Qué menasa eres! ¿No?’ Hasta me sentí incomoda porque como que la quiso regañar y yo dije me trató bien y la regañan. Igual digo, a veces dicen que es niño y nace una niña, o sea, ellos también cometen errores. Entonces esos modos como que los doctores que tratan así a las practicantes, yo creo que también ellas como que de ahí se van agarrando y ya después se hacen así o a lo mejor, no sé, ya es como

algo que les enseñan ahí, porque ellas llegan muy tranquilas, hasta como que les emociona al principio hacer su trabajo y así, y la doctora llega y le baja la moral, o sea las regañan. Entonces no sé si eso hace que los desmoralice o igual a ellos les pasó igual y ya se van haciendo más como fríos en todo ese sentido ¿no? Porque digo, por hijos no creo, hay muchas ginecólogas ahí pues que tienen niños, a lo mejor ya van hasta por su tercer parto y más sin en cambio a una, como que la regañan, así de: ‘¿Este es el segundo?’ (Participante 8, trabajadora del hogar, 37 años).

Sumado a esto explica Illich (1978) que aquellas personas usuarias del sistema de salud que se caracterizan por ser pasivos pierden el control sobre su toma de decisiones y la percepción del control médico sobre de ellos. Lo que a juicio de Ortiz (2002) explica que la medicina conserva un sentido androcentrista y prejuicioso por la cuestión de género, lo que considera ha estado por siglos y hasta nuestros días, ya que la ciencia médica se ha construido por varones de estratos con un estatus medio-alto, o al menos, en el occidente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la violencia dirigida hacia los trabajadores de la salud puede acarrear una serie de consecuencias que van desde lesiones físicas o psicológicas, ausentismo laboral, disminución de la productividad, merma en la calidad de la atención médica prestada, limitación en el acceso a los servicios de salud, hasta el cierre de instituciones médicas. En casos más graves y preocupantes, esta violencia puede incluso llevar a la pérdida de vidas humanas. Por lo tanto, la violencia laboral en el ámbito de la atención médica se convierte en un problema de salud pública, como lo señala Cervantes-Pérez (2018).

3.5 Naturalización de la violencia

Históricamente han existido diversos mecanismos de violencia que se encuentran internalizados en la cultura patriarcal, mismos que se han asumido como normales en torno al tema de las mujeres, lo que lleva muchas veces a que ellas mismas justifiquen actos violentos o en el peor de los casos no sean capaces de reconocerlos, y con ello mantener un sistema machista y que entre

mismas mujeres se lleven a cabo constantes actos claramente de discriminación (Castañeda, 2007; Méndez,2012).

La violencia gineco-obstétrica es una práctica que también puede ser invisibilizada y normalizada por las mujeres, ya que pueden llegar a justificarla o no lograr reconocerla. Méndez (2012), en este sentido, explica que muchas mujeres aún conscientes del valor de su género suelen generar y repetir prácticas o discursos que se pueden considerar machistas y que persisten porque históricamente existen mecanismos profundamente internalizados en la cultura patriarcal, y que han llegado a asumirse como naturales o normales sobre todo en las relaciones familiares o de trabajo. Bogantes (2008) en esta misma línea, explica que cuando se trata de violencia contra la mujer se hace referencia a todas las formas posibles por las cuales se intenta mantener un sistema de jerarquía, el cual es perpetuado e impuesto por la cultura patriarcal.

Lo anterior también da paso a los actores de violencia que según Segato (2003) existe todavía un cierto número de mujeres que más allá de revelarse ante el reconocimiento de una mujer que solicita una atención especializada, se animan más a asumir una potencialidad que le garantice el poder de dominar sobre otras, una cuestión subjetiva y entendida dentro de los parámetros de la masculinidad, la autora lo llama “la elevación de estatus social”; y es cuando se presenta este choque de sentimientos, donde quien posee el poder no abdica, pero tampoco evita un sentido de dominación sobre el otro, lo que la lleva a reproducir cierta sujeción jerárquica. Algo que resume como el verdadero golpe de estatus dentro de un orden.

Si bien, se presenta entonces una especie de contradicción ya que las mujeres que dominan también violentan, porque mantienen ese orden preestablecido en el mundo y sus relaciones que universalmente se han entendido como propio y exclusivo del hombre, por lo tanto, es posible que algunas mujeres, consciente o inconscientemente, contribuyan a perpetuar la consolidación del estatus masculino al adherirse a prácticas que desvalorizan o subordinan a las

mujeres, lo que a su vez puede alimentar la discriminación y la desigualdad de género (Segato, 2003).

Al respecto y a manera de hallazgo que surge como categoría emergente en este trabajo, se identificaron los tres tipos de violencia que algunas participantes describieron en varios momentos cuando compartieron su experiencia respecto a antes, durante y después del parto, pero no los reconocieron como tal, o en algunos casos terminaron por justificarlas.

Uh, no, no fui consciente. Porque no sé, yo veía y al escuchar que a todas las que les gritaban, que a las que lloraran les iban a tardar más, pues se me hizo como normal en su forma de tratar, pero en el momento no lo vi así, o que solo fuera hacia mi persona directamente ese trato, sino que yo lo vi parejo (Participante 2, trabajadora del hogar, 25 años).

En este contexto, Camacaro (2009) argumenta que las mujeres están expuestas a la violencia porque esta se ha vuelto tan arraigada en la sociedad que a veces ni siquiera es reconocida por las propias mujeres ni por los profesionales de la salud.

De primera instancia sí dije: ¡Esto no está bien! pero como veía que no pasaba nada o que nadie hacía nada, o sea, me incluyo, porque tampoco tuve como la fuerza ni la voluntad de decirle a algún enfermero o enfermera ¡Oye, no le hables así a la chica! o así, y eso hace que parezca normal. (Participante 7, trabajadora del hogar, 32 años).

Autores como Ortiz (2002) y Orozco y Rocha (s.f) coinciden en que la violencia gineco-obstétrica se ha llegado a naturalizar a partir de prácticas que se han aprendido en la ciencia médica, y que se encuentran atravesadas por una dimensión de género y valores sexistas que derivan en actos de discriminación hacia las mujeres, convirtiendo así al campo médico en una cotidianidad de violencia naturalizada.

En relación con esto, Camacaro (2009) señala que los significados atribuidos por parte de los individuos a los episodios de violencia pueden entenderse como patrones de pensamiento

que guían las acciones y comportamientos de un grupo social en particular. En este caso, estas prácticas violentas fueron principalmente llevadas a cabo por personal de atención a la salud femenino y se manifestaron a través de abusos verbales, físicos o afectaciones emocionales. Es importante destacar que, según la ONU (2019), estas prácticas violentas constituyen una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Es de subrayarse que hay casos en que las mujeres no son conscientes de sufrir violencia y lo naturalizan, y esto es evidente cuando se observa que la violencia no solo es hacia ellas, sino que es una experiencia compartida también por otras mujeres. Este fue el caso de algunas participantes, quienes observaron que los tratos inadecuados que les proporcionó el personal de atención a la salud no fueron solo para con ellas, sino que era un trato que también otorgaban a otras mujeres embarazadas.

No, o sea, si sentía que eran muy groseras, pero nunca lo vi como una falta de respeto hacia mi persona, incluso hacia la de mi bebé, o sea nunca como que lo asimilé como violencia o al grado de que puede ser un delito (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

Melandri (1977) subraya que una mujer desempoderada difícilmente se podrá dar cuenta de la violencia obstétrica que puede llegar a experimentar, lo que traerá como consecuencia no ser la protagonista de su parto y que este quede a disposición de los médicos. Orozco y Rocha (s.f), por su parte, señalan que uno de los problemas de normalizar prácticas que estén dentro del espectro de violencia gineco-obstétrica se acentúa cuando el personal de atención a la salud que la ejerce y las mujeres que lo sufren lo "normalizan", y asumen que no importa cómo se realicen esos procesos mientras sus hijos/as estén bien. Esto queda ilustrado con el siguiente testimonio:

No, yo en ese momento lo único que quería era sacar a mi hijo y que me quitaran el dolor, o sea, en ningún momento pensé nada de eso, que eso fuera violencia (Participante 9, trabajadora del hogar, 19 años).

Para Camacaro (2009) muchas prácticas y conductas llevadas a cabo dentro de las salas de parto, son la exposición de la normatividad con la que se lleva a cabo la violencia gineco-obstétrica por personal de atención a la salud y por las instituciones hospitalarias que lo permiten, quienes legitiman esa normatividad al despojar a las mujeres de su papel principal, al ser los profesionales de la salud los únicos que controlan sus embarazos, el momento del parto y el puerperio de las mujeres, reduciéndolas únicamente al papel de pacientes.

Pues groserías, así como tal no (me dijeron), pero sí, de que eran groseras con otras sí. O sea, le comentaba a mi mamá que otras chavas hay veces que se les complica más y así. Otra chica ella decía que le dolía, que le ayudaran y no la tomaban en cuenta y le decían, así como: ‘Pues si ya sabe a lo que viene, para qué le hace al cuento’. Le daban a entender que era una exagerada, pero es que sí se quejaba bien feo (...). Eso se lo dijo una como enfermera (Participante 10, trabajadora del hogar, 19 años).

Lo anterior da cuenta de la atención que mujeres del personal de atención a la salud proporcionaron a las participantes del estudio, quienes indicaron que las prácticas y expresiones de violencia que vivieron provino en su mayoría de mujeres, entre ellas enfermeras, doctoras, anesthesiólogas, obstetras, administrativas y personal de intendencia. Esto se suma a lo indicado por Castañeda (2007), quien considera que muchas veces son las mismas mujeres quienes mantienen un recóndito sentido machista y lo exponen claramente con sus actos discriminatorios hacia otras mujeres. A este respecto una participante señaló:

Recuerdo que la doctora llegó como con 6 estudiantes o aprendices, -internos creo les llaman- (...) y recuerdo que les dijo: ‘Esto se revisa así’. Y se puso un guante y metió su dedo directamente en mi herida [refiriéndose a su corte de cesárea], o sea, ni siquiera rompió una sutura ni nada, solo lo enterró y sin anestesia ni nada. Me dio mucho coraje porque no debió de haber hecho eso (Participante 3, trabajadora del hogar, 23 años).

Ramos et al. (2001) explica que en la actualidad son los médicos los máximos expertos técnicos dentro del terreno de la medicina y por esa misma razón, son quienes poseen legal y normativamente una autoridad para obrar en este campo lo que puede convertirse muchas veces en prácticas violentas o de abuso hacia las mujeres.

Según la perspectiva de Vásquez et al. (2008), la violencia en cualquiera de sus formas no contribuye al bienestar; por el contrario, causa daños duraderos al violar los derechos fundamentales de aquellos que la experimentan. A pesar de que la violencia se reconoce como un problema de salud, la sociedad todavía tiende a normalizar las relaciones violentas, incluso en contextos familiares, y esto, como señala Freire et al. (2007), también se refleja en el ámbito médico. Las mujeres en consecuencia, al tratarse de una violencia naturalizada y no estar conscientes de ello, patologizan un proceso fisiológico natural como lo es el parto y condiciona socialmente cómo debe asistirse este momento (García, 2018).

Algunas de las participantes, debido a este tipo de tratos y la manera en que fueron asistidas, indicaron que les generó constantes sentimientos de culpa, como fue el caso de una mujer que fue a revisión médica luego de la cesárea:

Recuerdo que la doctora tomó mi estómago y lo apretó y me dijo: ‘Mira, todo esto tú te has encargado de que exista’, o sea, me estaba dando a entender que yo tuve la culpa de lo que me pasó, de que mi herida se infectara [refiriéndose al corte de cesárea que le realizaron], porque pues prácticamente según yo no tenía una buena alimentación, que tal vez yo no hacía ejercicio (Participante 3, trabajadora del hogar, 23 años).

García (2018) afirma que el sentimiento de culpa se genera a partir del concepto del arquetipo de madre abnegada, que lleva a distinguir entre las madres buenas y las no buenas, donde las primeras deben aceptar todo sacrificio por sus hijos y no objetar, porque de lo contrario si algo sale mal, será culpa de ellas. Por lo tanto, parece ser que son los médicos los únicos quienes pueden filtrar y adaptar principios generales dentro de la intimidad de los consultorios, lo cual

irrumpe con la defensa de sus propios cuerpos de las mujeres ante el personal médico (Schwarz, 2010).

Este mismo testimonio, agrega también que, durante las revisiones médicas posparto, los comentarios recibidos por parte del personal de atención a la salud no fueron solo hacia las complicaciones de la herida de su corte en su vientre (cesárea), sino que también abarcaron su aspecto físico directamente:

(...) Y pues yo no era la persona más delgada, pero yo trataba de cuidarme y ese día la doctora puso su mano en mi estómago, un estomago que acababa de dar a luz y obviamente tenía piel de más y me dijo que yo había tenido la culpa, que por eso me había pasado eso porque yo no me cuidé como debía, y ese comentario me hizo sentir como incómoda (Participante 3, trabajadora del hogar, 23 años).

Si bien y según Casotti et al. (2008) las demandas sociales hacia el cuerpo de las mujeres respecto a la preocupación que existe por mantener una apariencia corporal y su belleza, tiende a cesar cuando la maternidad aparece, pero solo durante ese tiempo (gestación) dado que las mujeres embarazadas pueden suspender el cuidado de su aspecto físico y menguar incluso su erotismo a manera de dedicarse mayormente a su papel de madres, sin embargo, parece ser que para el personal de atención a la salud esto no importa, ya que para ellos no existe tal *periodo de gracia* como lo denomina el autor, donde bien se podría suspender la exigencia de un cuerpo femenino perfecto.

Por otra parte, y no menos importante, solo dos participantes consideraron a las prácticas violentas que experimentaron denominándola como ‘negligencia’, porque ninguna de ellas tenía conocimiento del concepto de violencia gineco-obstétrica como tal, y que las malas prácticas recibidas durante la atención médica solicitada tienen nombre.

La violencia contra las mujeres está estrechamente ligada a la imposición de la autoridad sobre las mujeres, ya sea por parte de sus parejas, padres u otros miembros de su familia. En

algunos casos, las propias mujeres pueden llegar a internalizar esta autoridad al punto de considerar que merecen recibir un trato inadecuado por parte de sus esposos o compañeros, sin detenerse a reflexionar sobre su propio valor como mujeres y seres humanos (Martínez, et al., 2015).

La perspectiva de género aplicada al campo médico donde es evidente que involucra dentro de sus dinámicas ejercicios inspirados en lo social y cultural, nos lleva a reflexionar y a cuestionar sobre la violencia gineco-obstétrica, que naturaliza inadecuadas prácticas médicas llevadas a cabo en instituciones y que, además, son toleradas y heredadas entre el personal médico que continúa reproduciendo un modelo de enseñanza dominante. Tal como lo señala Segato (2003), la violencia de género no siempre implica que sea de un hombre hacia una mujer; de hecho, la violencia entre mujeres también puede convertirse en una dinámica normalizada en ciertos contextos.

Parte de la educación debe incluir la promoción al derecho de las personas y en este caso sobre las mujeres, quienes deben aprender a decidir por sí mismas y no permitir nada que atente contra su dignidad (Gutiérrez, 2006). Segato (2003) hace énfasis en que lo que se tiene que producir sin descansar, es la evitabilidad de prácticas violentas entre mismas mujeres.

3.6 Atención médica proporcionada por personal de atención a la salud femenino y masculino

Las mujeres que han experimentado alguna práctica violenta narran sensaciones negativas (en su mayoría), generadas a partir de la asistencia recibida en alguna institución de salud, como el hecho de sentirse ignoradas, regañadas o hasta humilladas por parte del personal de atención a la salud que, si bien, han dejado en ellas serias secuelas tanto físicas como psicológicas o emocionales que pueden verse reflejadas sobre todo en las mujeres que recién han sido madres (OPS, s.f).

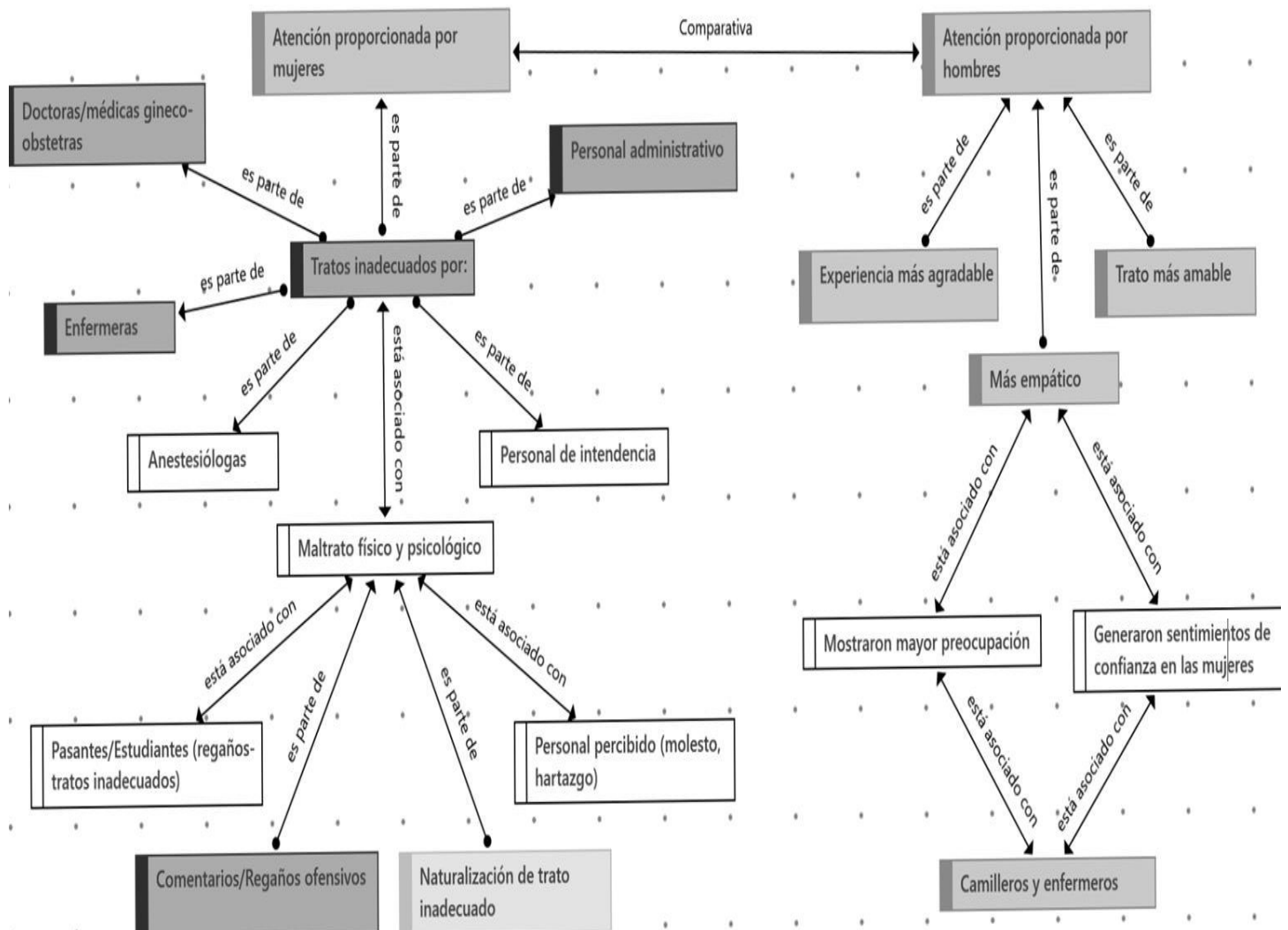
Las participantes señalaron que no experimentaron prácticas violentas por parte del personal de atención a la salud masculino; por el contrario, compartieron experiencias que consideraron como "más agradables" en términos del trato que recibieron. Una de ellas compartió: Acá eran los hombres como los más amables, incluso, cuando me alivié de la grande y de la chiquita, me tocó el mismo doctor, y ese doctor me atendía, por decir, yo tenía un dolor antes de que me aliviara y él me recibía. (Participante 10, trabajadora del hogar, 19 años).

Otra de las participantes destacó que notó un genuino interés por parte de los médicos en lo que respecta a la recuperación de las mujeres.

Los varones fueron un poquito como que más atentos, más como de: ‘¿Necesitas algo? o ¿Estás bien?’ Incluso, al momento de dar el medicamento, se nota la amabilidad; la diferencia de la amabilidad que había por ese lado” (Participante 6, promotora de empresa telefónica, 22 años).

Como señalan con acierto Orozco y Rocha (s.f), el objetivo no consiste únicamente en fomentar la amabilidad en el personal de atención médica, sino en erradicar el machismo que persiste en la forma en que se enseña y se aprende a practicar la obstetricia. La mejora en este aspecto posibilitará abordar los desafíos que las participantes han compartido a través de sus experiencias en la atención durante y después del parto, y que, a manera de síntesis, se comparte en la siguiente figura al considerar las diferencias que ellas identificaron en torno a la atención recibida entre mujeres y varones del personal de atención a la salud.

Figura 4. Diferencias en la atención recibida entre el personal de atención a la salud femenino y masculino



En la figura anterior, se consideraron 174 citas y 19 códigos que conformaron las diferencias en la atención proporcionada entre el personal de atención a la salud femenino y masculino. Se generaron 12 códigos que aludían al personal de mujeres de atención a la salud, de los cuales 3 resultaron con mayor densidad; a) *Tratos inadecuados por parte del personal de salud femenino*, con 82 citas, donde destacan a su vez *enfermeras*, *doctoras/ginecólogas*, *anestesiólogas*, *personal administrativo* y *de intendencia*; b) *Comentarios/ Regaños ofensivos*, con 50 citas, c) *Naturalización de trato inadecuado*, con 23 citas.

Por otro lado, en el análisis del personal de atención a la salud masculino se generaron solo 6 códigos que se caracterizaron por tener una connotación más positiva, de los cuales 3 códigos destacan debido a su alta densidad; a) *Experiencia más agradable*, con 14 citas, b) *Personal más empático* con 11 citas y c) *Trato más amable* con 1 cita. Las participantes calificaron con términos más positivos al personal de atención a la salud masculino, en comparación a las mujeres, ya que consideran ellos les proporcionaron mayor confianza y mostraron mayor preocupación por su salud y recuperación.

Segato (2003) advierte que no siempre la violencia de género suele presentarse de un hombre hacia una mujer, y que depende de cómo se nombre y se perciba a la violencia en un determinado grupo, es lo que propicia que se normalice un fenómeno. En este mismo sentido, Torres y Piccinini (2006) señalan que la violencia contra las mujeres debe y tiene que analizarse desde aquella relación directa con las estructuras sociales que continúan reproduciendo dinámicas de jerarquía social como normales. Un testimonio, a este respecto, resulta ilustrativo:

(...) se me había desacomodado mi aguja del suero, y entonces el suero dejó de pasar y mi sangre se empezó a subir por el tubito. Entonces, esta enfermera se da cuenta y me gritó algo así como: ‘¿Para qué te mueves? ¡Ve lo que ya hiciste!’ y ¡Chin! que le da el regreso a la llavecita, o sea, como que le da vuelta a la válvula y ¡pas! me regresa la sangre de chingadazo y fue un dolor muy feo, que a mí me quedó doliendo muchísimo tiempo (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

Otra participante hace clara distinción en el trato recibido dentro del consultorio entre el personal de atención a la salud masculino, doctores específicamente y el personal de atención a la salud femenino, enfermeras concretamente.

De ahí en fuera pues creo que con los doctores no tuve como mayor problema, creo que la mayoría de ellos ya adentro del consultorio, si era un trato pues relativamente bueno, pero las enfermeras por decir, en el materno infantil, que eran las que nos tomaban la

presión y nos pesaban antes de pasar, si eran groseras de repente, porque nos decían así como... Uhm... no sé, si dejábamos alguna silla vacía, nos decían con un genio: ‘¡Recórranse!’’, con un tono de voz muy feo, o si no te parabas derechita en la báscula, ya era motivo de que incluso te pusieran el puño así en la espalda y te decían; ‘¡párate derecha!’’, ¡ah! no, te decían; ‘¡párese derecha!’’, porque ya te hablan de usted (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

En cuanto al trato recibido por parte del personal de intendencia femenino, una participante narró: (...) cuando ya me alivié, no sentía dolor en mi parte, no tenía como sensación, ni en mis piernas, me levanté al baño y se me vino un sangrado y ensucié el piso, y pues todo hasta mis chanclas iban bañadas en sangre, y el baño no estaba muy lejos pero solo traía una toalla, -porque te dan solo una toalla sanitaria y tú te la tienes que agarrar-, pero no traes ropa interior solo la toalla sanitaria, y pues ese día se mojó; pero todo se salió y yo no sentí y pues le dije a una enfermera y como que se molestó, y ya me dijo: ‘Ah sí, permítame’. Y pues yo no sabía qué hacer porque dije; ¿le limpio? o ¿no? Pero no me podía agachar tampoco muy bien, porque me dolía mi herida, o sea no sabía qué hacer y ya llegó la de intendencia; era una muchacha muy enojada, porque llegó como renegando y dijo; ‘¡Ay!, pinches viejas cochinas’, pero fue algo que yo no pude controlar e hizo el comentario así tal cual, (...) pero digo bueno, pues es de intendencia y está en un hospital, a ella le toca eso, o sea, es su trabajo y dije; pues ni modo ya con la pena. Y luego ya pasaban y se me quedaban viendo feo y así, pero pues ni modo, yo a lo que estaba y ya no hacía caso de nada de esas cosas. Si hubiera estado en mi mano pues lo evito, pero tampoco era para que dijera eso (Participante 8, trabajadora del hogar, 37 años).

Como se observa, las prácticas violentas vivenciadas por las participantes en el estudio fueron protagonizadas, en su mayoría, por mujeres del personal de atención a la salud

(enfermeras, doctoras, anesthesiólogas, obstetras, administrativas y personal de intendencia), a diferencia del trato más amable y humano que percibieron por parte del personal de atención a la salud masculino, aunque también existieron algunas prácticas violentas por parte de este personal, pero en menor medida.

Lo anterior invita a subrayar que el campo de la medicina debe reconsiderar una formación en la que se promuevan valores y el bienestar de las personas en cuyo proceso de salud participen y promuevan la sororidad, la cual Lagarde (s.f) describe como esa amistad entre mujeres diferentes y pares, que en conjunto permita trabajar y crear nuevas políticas radicales en favor de la igualdad entre hombres y mujeres.

Una participante hizo alusión a la sobrecarga de trabajo que puede experimentar el personal de atención a la salud, sin embargo, normalizó los tratos inadecuados que recibió al momento del parto.

Entonces yo siempre decía, no pues la jornada laboral ha de estar cabrona, está pesada, con cuánta gente no tienen que lidiar. Siempre encontré como una justificación a la forma en que a mí me trataban (Participante 1, auxiliar educativo, 24 años).

Castro y Villanueva (2017) sostienen que la violencia interna, como la denominan los autores, es una ambivalencia presente en el gremio médico. En este contexto, los médicos son sometidos a violencia y, al mismo tiempo, también pueden ejercerla, pues al ser parte de la sociedad en general, buscan la protección que el Estado proporciona a todos los ciudadanos y tienen el derecho de protestar cuando su seguridad está en riesgo. Sin embargo, como miembros del campo médico, a veces se ven en la necesidad de aceptar, internalizar y normalizar la violencia que está presente en su formación y práctica profesional. Además, desarrollan respuestas adaptativas que normalizan y justifican esta violencia. lo cual sería importante replantear.

Merton (1980) destaca precisamente que el gremio médico se enfrenta a normas contradictorias, ya que deben equilibrar las demandas de su formación académica con las

exigencias de su práctica médica. Además, deben lograr un equilibrio emocional al relacionarse con los pacientes, evitando volverse insensibles, pero manteniendo cierta distancia emocional.

Por otro lado, en la crisis de salud causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19), algunos estudios han documentado que el personal de salud ha experimentado agresiones tanto verbales como físicas. Además, se ha observado que las mujeres, especialmente las enfermeras, han sido las más afectadas por este tipo de agresiones. Esto ha llevado a la conclusión de que ser mujer y trabajar en el campo de la enfermería conlleva un mayor riesgo de sufrir violencia (Aspera-Campos et al., 2020). Estos incidentes reflejan que el personal de salud también enfrenta la violencia laboral, que puede manifestarse a través de amenazas, insultos, agresiones verbales o físicas, tal como describe la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en 2002. En tanto, podemos cerrar diciendo que este trabajo de investigación permitió generar conocimiento científico respecto a un sector que todavía vive prácticas injustas y sistémicas dentro del campo médico, y por parte de personal de atención a la salud (Sesia, 2020).

Conclusiones

A manera de cierre podemos concluir que las manifestaciones de violencia gineco-obstétrica que experimentaron las mujeres participantes de este estudio, fueron expresadas en diferentes momentos del servicio que se les proporcionó, ya sea en la solicitud de este, en los controles de rutina durante el embarazo, en el parto y en revisiones médicas posteriores para revisar la recuperación de la cesárea, lo que se resume a la asistencia médica tanto antes, durante y después del parto. Lo cual nos lleva a reflexionar sobre la doble vulnerabilidad de las mujeres en condición de embarazo y parto y en cómo una experiencia tan importante se construye en un contexto que puede llegar a ser tortuoso, lastimoso y lacerante.

Las mujeres recibieron diferentes manifestaciones de violencia por parte del personal de atención a la salud, incluidos los insultos, las amenazas, las descalificaciones, la indiferencia, la devaluación, los regañones, el condicionamiento del servicio médico, las manipulaciones dolorosas y la inmovilidad de su cuerpo, lo que demostró que tres tipos de violencia importantes condensan a la violencia gineco-obstétrica como lo fue la violencia verbal, física y psicológica que, a su vez, forman parte de la violencia de género e institucional.

Las manifestaciones de violencia gineco-obstétrica que las participantes percibieron fueron en su mayoría ejercidas por mujeres del personal de atención a la salud, lo cual enfatiza la importancia de construir prácticas caracterizadas por sororidad y empatía entre las mujeres. Las participantes, en general, expresaron un trato basado en estereotipos y prejuicios de género que evidencian la necesidad de un trabajo hacia la erradicación de estos, tales como la edad, el sobrepeso, los tatuajes o modificaciones a base de expansiones o aretes en diferentes partes de su cuerpo, al expresar dolor o la idea de que la mujer es sinónimo de maternidad, por ello la insistencia de considerar el estudio de la violencia desde la interseccionalidad, con el fin de entrelazar las relaciones de poder y las problemáticas socioculturales en las que se “enraízan” las múltiples violencias que afectan a las mujeres.

Es importante destacar la falta de cuestionamiento por parte de las participantes en relación con las prácticas inadecuadas que experimentaron durante el proceso de atención antes, durante y después del parto. Este fenómeno resalta un proceso de normalización que merece un análisis más profundo, ya que involucra dinámicas familiares e institucionales en las que se reproducen el autoritarismo y el poder. Además, se justifica la violencia a través de creencias y mitos que limitan la toma de decisiones de las mujeres en relación con sus embarazos y sus propios cuerpos. Este tema merece una atención detallada y una reflexión más amplia para abordar adecuadamente estas cuestiones en la atención médica y en la sociedad en general. Lo cual visibiliza una necesidad profunda de capacitación en torno a prácticas médicas más humanas, sensibles y empáticas desde las cuales se aborde y cuestione la naturalización de la violencia.

Las experiencias de las mujeres participantes comparten una sucesión y escalonada manifestación de prácticas violentas, muchas veces, desde el momento en que acuden a solicitar por primera vez la atención a la salud, luego en las revisiones de rutina y más aún en el momento del parto, sobre todo, por mujeres del personal de salud. Aquí debe subrayarse el contexto de violencia laboral (también ejercida por usuarios) al que se encuentra expuesto dicho personal y que posiblemente no resulta ajeno a las trabajadoras de la salud que atendieron a quienes participaron en el estudio, tema que convoca a una reflexión aparte.

Se debe intervenir entonces desde una acción simbólica que debilite el entretejido y la estructura que refuerza una actitud social violenta enfocada especialmente hacia el cuerpo de la mujer, y evitar la presencia de cualquier tipo de violencia contra ellas en una fase donde justo se puede considerar mayormente vulnerable, como lo puede ser el embarazo, el parto y el posparto.

Las mujeres del personal de atención a la salud, en los diversos servicios que ofrecen las instancias de salud pública, tanto de especialidades como el administrativo e incluso el que

conforma el personal de intendencia, debe considerar y ejecutar una praxis con perspectiva de género. Por ello resulta obligatorio recalcar la importancia de realizar capacitación en el personal de atención a la salud respecto a los derechos reproductivos de las mujeres y la promoción de servicios con respeto y empatía, lo que bien podría contribuir a la sensibilización respecto a la importancia de que, como servidores de la salud, otorguen una atención más humana y empática.

Habría de considerarse y reflexionar más también sobre si aquellas personas que afectan directamente a la mujer desde un espacio y/o contexto determinado, como lo es el campo de la medicina gineco-obstétrica, cumple realmente con su objetivo, ya que estos contextos están pensados para proporcionar una atención de calidad, y al manifestar prácticas de abuso contra el cuerpo de las mujeres se contradice, tanto el objetivo de velar por la integridad y la salud de las mujeres, como la de asegurar una atención de calidez y bienestar para los recién nacidos.

Ello podría permitir el cumplimiento de aquella promesa solemne que al inicio de su ejercicio profesional los médicos realizan en el Juramento Hipocrático, respecto a que la salud de sus pacientes es el objetivo prioritario de su trabajo y que guardarán el máximo respeto a la vida y dignidad humana, lo cual queda cuestionado por lo menos desde la experiencia de las mujeres participantes de este estudio que nos invitan también a considerar que la violencia gineco-obstétrica, convoca a un abordaje con perspectiva de género, derechos humanos y basado en un comportamiento ético.

Finalmente es necesario seguir generando investigación que considere algunas de las limitaciones de este estudio como lo es el hecho de que no se acudió a un enfoque mixto de investigación, y que debido al cuidado de la sana distancia durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) el trabajo de campo se realizó de forma virtual en su totalidad. Sería también valioso considerar en investigaciones futuras, la participación de mujeres que recibieron atención en instituciones de salud privadas, conocer su experiencia y realizar un comparativo al respecto.

Referencias

- Arce – Rodríguez, M. (2006). Género y violencia. *Revista de Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 3(1) 77-99.
- Arendt, H. (1970). *On Violence*. Harvest Books.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Asociación para Derechos de las Mujeres y el Derechos de las mujeres y cambio económico [AWID] (2004). *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. *Desarrollo. Género y Derechos*. <http://www.awid.org>
- Aspera-Campos, T., Hernández-Carranco, R., Gutiérrez-Barrera, A. y Quintero-Valle, L. M. (2020). Violencia contra el personal de salud antes y durante la contingencia sanitaria COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 134-143. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457769376004/html/>
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(42), 1-25.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111.
- Brown, D. (1989). Lista de universales humanos de Donald E. Brown. *Enciclopedia MIT de las Ciencias Cognitivas*. Vol. II. Editorial Síntesis.
- Bogantes, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 55-60.
- Bonilla, E y Rodríguez, P. (1997). *Más allá de los métodos. La investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Norma.

- Bowser, D, y Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth*. Harvard School of Public Health.
- Butler, J. (7 de julio de 2020). Por una nueva solidaridad contra la violencia. *El País*. https://elpais.com/cultura/2020/07/07/babelia/1594150567_495046.html
- 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.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1 de febrero del 2022). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Secretaria de Servicios Parlamentarios. [Documento PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984*. Secretaria General. [Documento PDF]. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- Casotti, L, Suarez, M y Diaz, R. (2008). *O tempo da beleza: Consumo e comportamento feminino. Novos olhares*. SENAC.
- Cassiano, A., Santos, M., Santos, F., Holanda, C., Leite, J., Maranhão, T., y Enders, B. (2016). Expressions of institutionalized violence at birth: an integrative review. *Enfermería Global*, 1(44), 478-489. [Documento PDF]. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisioes5.pdf
- Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible regresa*. Taurus Historia.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. <http://revistamexicanadesociologia.unam>

- Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)*, 19(1), 37-42.
- Castro, R. y Frías, S. (2019). De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencia contra las mujeres en México (Endireh 2016). En R. Castro (Coord.). *Maltrato durante la atención obstétrica* (pp. 355-385). Comité Editorial CRIM. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos>
- Castro, R., y Villanueva, M. (2017). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias*, 36(108), 539-569. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- Crenshaw, K. (1998). Demarginalising the intersection of race and sex. A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago legal forum*, 8(1), 139-167. [Documento PDF]. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=ucf>
- Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género [CELIG] del Congreso de la Ciudad de México (2020). *Recomendaciones sobre violencia obstétrica Emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos 2015-2020*. <https://genero.congresocdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/14.CELIG->
- Cerri, C. (2010). La importancia metodológica etnográfica para la investigación antropológica. El caso de las relaciones de valores en un espacio asociativo juvenil. *Revista de Recerca i formació en antropologia*, 13(2), 1-32. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.549>
- Cervantes-Pérez, A. P. (2018). La violencia contra trabajadores de la salud. *Cirugía y Cirujanos*, 86(6) 473-474. [Documento PDF]. <https://www.cirugiaycirujanos.com/files/p4214bx176-circir-6--p-473-474.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2019). Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. *Leyes de Violencia*.
<https://oig.cepal.org/es/laws/1/country>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW] (1999). *Recomendación General N°2, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal*.
<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED] (2020). *Plataforma de registro de quejas médicas y dictámenes. Resultados 2020*. [Documento PDF].
http://www.conamed.gob.mx/cmam/pdf/Resultados_Plataforma_2020_V2.pdf

Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED] (2021). *Información Estadística Institucional acumulada al 4to. Trimestre del año 2021*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2021>

Constitución Política de la Ciudad de México [México] (05 de febrero de 2017). *Publicada en la gaceta oficial de la ciudad de México el 05 de febrero de 2017*. Administración Pública de la Ciudad de México. Jefatura de Gobierno. [Documento PDF].
[https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/estatutos/CONSTITUCION POLITICA DE LA CDMX 8.pdf](https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/estatutos/CONSTITUCION_POLITICA_DE_LA_CDMX_8.pdf)

Congreso de la Ciudad de México (8 de marzo de 2019). *Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México* [Documento PDF].
[https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA DEL DISTRITO FEDERAL.pdf](https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_ACCESO_DE_LAS_MUJERES_A_UNA_VIDA_LIBRE_DE_VIOLENCIA_DEL_DISTRITO_FEDERAL.pdf)

- Cortes, M., e Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. Universidad Autónoma del Carmen. Colección Material Didáctico.
- Departamento de Derecho Internacional [OEA] (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*. Convención de Belém Do Pará. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (1 de febrero de 2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* [LGAMVLV]. Secretaria de Gobernación. [Documento PDF] <https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (25 de octubre de 2022). *Modelo de atención a la Salud para el Bienestar* [MAS-BIENESTAR]. Marco Normativo del Sistema Integral de Promoción de la Salud (2022). https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
- Fernández, P. y Díaz, P. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. *Universidad de Cantabria UNICAN*, 9(7), 6-78.
- Ferrer, V. (2007). Las diversas manifestaciones de la violencia de género. En E. Bosch (Comp.): *La violencia de género: algunas cuestiones básicas*. (pp. 61-106). Formación Alcalá.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Freire, M., De Souza M., y Mendonça, L (2007). Representaciones sociales de la familia y violencia. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15(6), 1-6. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qFSJf4ht4cPZPV9mDsdhNzP/?format=pdf&lang=es>

Frías, S. (2019). De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencia contra las mujeres en México (Endireh 2016). En R. Castro (Coord.). *La violencia que se ejerce y que se padece en la familia de origen y en la infancia* (pp. 115- 160). Comité Editorial CRIM. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/view/31/29/170-1>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud [UNICEF/OMS] (2014). *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación [plan]: Ginebra.* [Documento PDF]. [Every Newborn Action PlanEXECUTIVE SUMMARYSPANISH updated July 2014.pdf](https://www.unicef.org/es/publications/files/Every-Newborn-Action-Plan-EXECUTIVE-SUMMARY-SPANISH-updated-July-2014.pdf)

Foucault, M. (1989). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión.* Siglo XXI.

Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela. (23 de abril de 2007). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.* N.º 38.668. La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. [Documento PDF]. <https://www.docsity.com/es/ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia/10048459/>

Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.

<https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>

García, M. E. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].

<https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia>

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE [@GIRE_MX]. (18 de mayo de 2022). *La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y personas con capacidad de gestar que suceden la atención del embarazo,*

parto y puerperio. ¿Qué hacer si has sufrido #violenciaObstétrica? [Imagen adjunta] [tuit]. Twitter.

<https://twitter.com/hashtag/ViolenciaObst%C3%A9trica?src=hash&>

Goberna-Tricas, J. (2019). Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. *Musas*, 4(2), 26 -36.

Gobierno de México (2019). *Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud* [NOM] (5 y 6 de noviembre, 2019). *Quinta Reunión Nacional de responsables de la gestión del Equipo Médico*. [Documento PDF].
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512745/3. Normas Oficiales Mexicanas.pdf>

Gobierno de la Ciudad de México. *#NoEstásSola. Cartilla de Derechos de las mujeres. Guía para reconocer y actuar ante la violencia contra las mujeres en la Ciudad de México* (2021). [Documento PDF].
https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/CARTILLA_DERECHOS_MUJERES.pdf

González de Chávez, A. (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Siglo XXI de España Editores.

González, S. (2011). La atención al parto hospitalario. En C. Villar (Coord). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto* (pp. 39-50). Universidad de Coruña.

Gutiérrez, R. (2006). Biología y violencia. En I. Iborra (Comp.), *Suplemento 40. ¿Qué es esa cosa llamada violencia? Diario de Campo. Boletín Interno de los investigadores del área de Antropología* (pp. 31-36). México: INAH.
<http://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/articulo:19164>

Hernández- Sampieri; R., Fernández, C. y Baptista, M (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill.

Illich, I. (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Joaquín Mortiz.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. [Documento PDF] https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2018). *Comunicado de Prensa Núm. 668/18, 20 de diciembre de 2018 sobre la Sexta Edición de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017*. [Documento PDF] <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENESS2018.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2021a). *Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (octubre 2020 a octubre 2021b). *Violencia contra las mujeres en México*. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] (2007). *Glosario para la igualdad*. <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES] (2022). *Las mujeres y el maltrato durante la atención obstétrica*. Boletín Desigualdad en cifras, 11(8), 1-2. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/Boletines.php>

- Lagarde, M. (s.f). *Pacto entre mujeres: sororidad. Aportes para el debate*. [Documento PDF] <http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/09.pdf>
- Landy, H, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, Haberman S, Hibbard J, Wilkins I, Branch DW, Burkman RT, Gregory K, Hoffman MK, Learman LA, Hatjis C, VanVeldhuisen PC, Reddy UM, Troendle J, Sun L.,...Zhang J. (2011). Consortium on Safe Labor. Characteristics Associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 11(117), 627-635.
- Laviña A. (2014). Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Revista Duazary*, 2(2), 115-125.
- Lázaro, R, y Jubany, O. (2017). Interseccionalidad del género y mercado de trabajo posfordista. *La Ventana*, 46(1), 202-243.
- Lemay, G. (2010). *La naturaleza de parir y nacer. El parto es nuestro*.
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo: Universidad de la República.
- Martín, E. (1996). *O óvulo e o espermatozoide: como a ciencia construiu um romance baseado em papéis estereotipados masculinos e femininos*. Gender and scientific authority.
- Martínez, Y., Ochoa, M., y Viveros E. (2015). Aspectos subjetivos relacionados con la violencia intrafamiliar. Caso municipio de Sabaneta Antioquia. *Estudios Sociales*, 25(47), 347-376. [Documento PDF] <https://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v24-25n47/0188-4557-estsoc-24-47-00348.pdf>
- Melandri, L. (1977). *La infamia originaria* (L. Hurtado y C. Artal, trad.). Editorial Hacer.
- Meloni, E. (2002). *A medicalizacao do corpo femenino*. Fiocruz

- Méndez, M (2012). De los habitus al femichismo: Reproducción de conductas machistas en mujeres de Cochabamba. *Punto cero*, 24(1), 18-30.
- Merton, R. (1980). *Ambivalencia sociológica y otros ensayos*. Espasa-Calpe, Colección Boreal.
- Mousa, A. (2003). *Treatment for postpartum hemorrhage*. Biblioteca Cochrane.
- Muñoz, G., y Berrio, L. (2020). Violencia Obstétrica en México. La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrochi y N. Magnone (Coords.), *Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 103-126). EDUNLA COOPERATIVA.
- Nóvoa, S. (1929). *La mujer, nuestro sexto sentido y otros esbozos*. Biblioteca Nueva.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE] (2016). *Omisión e Indiferencia*. [Documento PDF]. <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- Observatorio de Mortalidad Materna [OMM] (2010). *Observatorio de mortalidad materna en México: Una iniciativa de la sociedad civil*. Evidencias y lecciones desde América Latina. ELLA. [Documento PDF]. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08a0840f0b649740003b2/13101_1_GOV_GenEquPol_BRIEF4_Esp.pdf
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Revista Iberoamericana de psicosomática*, 111(1), 79-83.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (1993, 20 de diciembre). Asamblea General de la ONU: Resolución 48/104. [Documento PDF]. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2008). *Campaña ÚNETE poner fin a la violencia contra las mujeres*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/take-action/unite>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (11 de julio de 2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. <https://undocs.org/es/A/74/137>

Organización de las Naciones Unidas [ONU-MUJERES] (2020). *Declaración política con ocasión del 25 aniversario de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. [Documento PDF] <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/C/SW/64/CSW64-Declaration-SP-Fin-WEB.pdf>

Organización Internacional del Trabajo [OIT], Consejo Internacional de Enfermeras. Organización Mundial de la Salud [OMS] e Internacional de Servicios Públicos [ISP] (2002). *Directrices Marco para Afrontar la Violencia Laboral en el Sector de la Salud*. Ginebra, Suiza. [Documento PDF]. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_160911.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS] (2002). *Informe mundial sobre la violencia y salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf;jsessionid=73F41AA26BC82FC09A5720B1B5A320D1?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.). *Prevención de la violencia*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

- Orozco, I, y Rocha, E. (s.f). *Violencia Obstétrica, una revisión crítica y feminista, en torno al tema*. UNAM. <https://www.uaeh.edu.mx/xiii>
- Ortiz, T. (2002). *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*. En E. Ramos (Coord.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud* (pp. 29-41). Instituto de la Mujer.
- Panuthos, C. (1987). *Maternidad maravillosa: Una guía práctica*. PaxMéxico.
- Pérez, P. (28 de julio de 2016) *¿Qué es la violencia gineco-obstétrica?* – Canal VIA X. [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VRIYQzGaBIQ>
- Pérez, V. y Hernández, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 1- 7.
- Pinker, S. (2003). *La tabla rosa. La negación moderna de la naturaleza humana*. Paidós.
- Prado, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *Musas*, 6(1), 59-76.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Centro de Estudios de Estado y Sociedad. CEDES. [Documento PDF]. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4385/1/3381.pdf>
- Recio, A y Arranz, J (2020). *Papeles de trabajo 8/2020: Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*. Gobierno de España. [Documento PDF]. https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2020_08.pdf
- Rich, A. (1978). *Nacida de mujer: La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. Noguer.

- Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza. Contracepcao, aborto e infanticídio no inicio do século XX*. Fiocruz.
- Rojas, M. (1996). *Las semillas de la violencia*. Madrid Espasa Calpe.
- Rojas, V y Siles J. (2014). *Guía sobre género y energía para capacitadoras (es) y gestoras (es) de políticas públicas y proyectos*. Energía, Olade y UICN.
- Ruíz, J., Espino, S., Vallejos-Parés, A, Durán-Arenas, L. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(1), 33-40. [Documento PDF]. <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n1/v28n1a6.pdf>
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Gillen P. y Clausen A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55 <https://www.tandfonline.com/doi/full>
- Sanmartín, J. (2006). Introducción. En I. Iborra (Comp.), *Suplemento 40. ¿Qué es esa cosa llamada violencia? Diario de Campo. Boletín Interno de los investigadores del área de Antropología* (pp. 11-29). México: INAH. <http://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/articulo:19164>
- San Martín, D. (2014). Teoría Fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación metodológica. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16 (1), 104-122. [Documento PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/155/15530561008.pdf>
- Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA] (03 de agosto de 2015). *Cuidados durante el embarazo*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/articulos/cuidados-durante-el-embarazo>
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Piratea difunde.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina (21 de noviembre de 2004). *Ley 25 929. Parto humanizado. Decreto 2035/2015*. Secretaria de Derechos Humanos y

Pluralismo cultural. [Documento PDF].

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

Sesia, P. (2020). Violencia Obstétrica en México. La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrochi y N. Magnone (Coords.), *Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-29). EDUNLA. COOPERATIVA.

Shader, E. y Sagon, M. (2000). Domestic violence, women's way out. *Occasional Publication*, 1(2), 1-129.

Schiavon, E. (7 de noviembre de 2020). *Violencias de Género. Módulo II* [Discurso principal]. Diplomado en la Prevención de la Violencia de Género en las Instituciones de Educación Superior.

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico-ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 6(1), 83-104.

Soneira, A. (2006). La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Gedisa Editorial.

Torres F y Piccinini, Cesar (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10 (2), 345-355. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/7693>

Ursua, N. (2006). Epílogo. Cultura y violencia. Aspectos sociales que contribuyen a la violencia y estrategias culturales de prevención. En I. Iborra (Comp.), *Suplemento 40. ¿Qué es esa cosa llamada violencia? Diario de Campo. Boletín Interno de los*

- investigadores del área de Antropología* (pp. 149-157). México: INAH.
<http://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/articulo:19164>
- Valverde, L (1993). El diario de Campo. *Revista de Trabajo Social*, 18(39), 308 - 319.
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/>
- Vásquez, M., Alarcón, Y. y M. Macías (2008). Violencia Intrafamiliar: Efectividad de la Ley en el Barrio Las Flores de la Ciudad de Barranquilla. *Revista de Derecho*, 1(29), 178-210.
- Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco- obstetra. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED*, 15(3) 147-151.
<file:///C:/Users/ADDY/Downloads/Dialnet-ElMaltratoEnLasSalasDeParto3393251>.
- Villegas, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32) 125-146.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010
- Weber, M. (1979). *El político y el científico*. Alianza Editorial.
- White, A. (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. [Documento PDF]. <https://www.whiteribbonalliance.org>
- Wilkinson, S, y Kitzinger, C. (1996). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Paidós.
- Zetina, E., Gerónimo R., Herrera Y., De los Santos L. y Mirón G. (2018). Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. *Salud Quintana Roo*, 11(40), 7-10.

Anexo 1.

1.1 Guion de entrevista

Eje temático	Preguntas
Objetivo general: Analizar las manifestaciones de violencia gineco-obstétrica hacia mujeres asistidas en instituciones médicas públicas al norte de la Ciudad de México.	<p>1.- Me podría compartir, por favor, ¿Cómo fue su experiencia de atención médica durante su embarazo? Por ejemplo, desde sus revisiones de rutina, frecuencia de asistencia, servicios que le proporcionaron y el momento del parto.</p> <p>2.- En cuanto al personal de atención a la salud (considerando médicos, enfermeros, enfermeras, personal administrativo, intendencia, etc.) ¿Cómo describiría el trato que recibió?</p>
Objetivo particular 1: Conocer la experiencia de mujeres que se hayan encontrado en estado de gestación, respecto a la atención recibida en instituciones médicas gineco-obstétricas al norte de la Ciudad de México. Objetivo particular 2: Identificar si existieron prácticas violentas hacia su cuerpo (incluso no identificadas), por parte del personal de atención a la salud.	<p>3.- En algún momento llegó a percibir algún tipo de “agresión”, ¿física, verbal, psicológica? ¿Cuál fue experiencia al respecto? - En caso de que sí, ¿Por parte de quién sintió este trato?</p> <p>4.- ¿En algún momento, llegó a pensar que todo esto es violencia?</p> <p>5.- ¿Recuerda alguna experiencia agradable en torno a la atención recibida? En caso de ser así, ¿por parte de quiénes recibió esta atención positiva (mujeres u hombres)?</p>

Objetivo particular 3: Conocer si desde la experiencia de las mujeres participantes, hubo diferencia entre la atención recibida por parte del personal de atención a la salud femenino y masculino.

6.- En su mayoría y en cuanto al personal que le atendió ¿recuerda si le asistieron más hombres o mujeres?

7.- A partir de su experiencia, ¿considera que el estar embarazada genera una especie de rechazo social hacia las mujeres? - ¿Por qué?

8.- ¿Recibió algunos comentarios, respecto a su aspecto físico, que le generaron incomodidad? En caso de que sí ¿Cuáles fueron y por parte de quién?

9.- ¿Qué sugerencias recomendaría al personal de atención a la salud que se encarga de brindar atención médica en las instituciones, en especial a mujeres embarazadas?

10.- ¿Cómo le gustaría haber sido (atendida, asistida)?

Anexo 2. Constancias de actividades académicas realizadas

- Ponente en 5° Congreso Internacional sobre género y espacio, Universidad Autónoma del Estado de México.



- Ponente en el V Congreso Internacional de Investigadores en Estudios de las Familias del V Encuentro de la red en estudios sobre familias en México y América Latina. Ponencia: Violencia en mujeres asistidas en instituciones médicas de Ciudad de México.







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA
FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL DESARROLLO HUMANO
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA
MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR
CUERPO ACADÉMICO "FAMILIAS INTERSECCIONALIDAD E INTERVENCIÓN" (UATLX-CA-212)
RED DE ESTUDIOS SOBRE FAMILIAS EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA

Otorgan la presente **CONSTANCIA** a:

Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por haber impartido la Ponencia:

"Violencia en mujeres asistidas en instituciones médicas de Ciudad de México"

En el marco del

V CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGADORES EN ESTUDIOS DE LAS FAMILIAS
V ENCUENTRO DE LA RED EN ESTUDIOS SOBRE FAMILIAS EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA
"CONTINUIDADES Y RECONFIGURACIONES FAMILIARES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD"

Celebrado en modalidad virtual los días 9, 10 y 11 de noviembre de 2022.

"Por la Cultura a la Justicia Social"

Tlaxcala de Xicohténcatl, a 11 de noviembre de 2022



Dr. Josué Antonio Camacho Candia
Director de la FCDH



FACULTAD DE CIENCIAS
PARA EL DESARROLLO
HUMANO



Mtra. Valeria de Jesús Carro Abdala
Coordinadora de la LCF



Dra. Mónica Patricia Toledo González
Coordinadora de la REDFAMMLA

SA GLOBAL
 Sistema Institucional de Gestión de la Calidad Certificado bajo la Norma ISO 9001:2000-1994-CC-9001-1994-2000
 4004-9312

- Ponente en el VII Foro Internacional Multidisciplinario de Cuerpos Académicos de la Universidad de Guanajuato.

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



La Universidad de Guanajuato
a través del Campus Celaya-Salvatierra
otorga la presente

CONSTANCIA

A

C. Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por su participación como **ponente** en las actividades del



Con la conferencia titulada: **"Manifestaciones de violencia gineco-obstétrica. Factores que inspiran la violencia en el personal de atención a la salud"**

Evento que se llevó a cabo de manera híbrida, en la sede Juan Pablo del Campus Celaya-Salvatierra, del 19 al 21 de octubre de 2022, con una duración de la mesa de trabajo de **3.0** horas.

"La verdad os hará libres"

Celaya, Guanajuato, a 21 de octubre de 2022.

Dra. Graciela Ma. de la Luz Ruiz Aguilar

Rectora
Campus Celaya-Salvatierra

- Estancia virtual de investigación en Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH) durante el período del 27 de junio al 8 de julio de 2022, cubriendo un total de 80 horas.



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 8 de julio de 2022

A quien corresponda

El suscrito Coordinador de la Maestría en Estudios Culturales de la Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Humanidades, Campus Tuxtla Gutiérrez, en esta ciudad

Hace constar

Que la Lic. Beatriz Adriana Tapia Carrillo, alumna de la Maestría en Estudios Sociales y Culturales, de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias Sociales y Administrativas, realizó satisfactoriamente una estancia de investigación en esta institución durante el período del 27 de junio al 8 de julio de 2022, cubriendo un total de 80 horas.

Dicha actividad estuvo vinculada al proyecto de investigación "Manejo y conservación del material fósil en Simojovel, Chiapas", en cuyo equipo de investigación se encuentra la Dra. Perla Shiomara del Carpio Ovando, profesora investigadora del Departamento de Estudios Culturales, Demográficos y Políticos, de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias Sociales y Administrativas.

A petición de la interesada y para los fines legales a que a la misma convengan, se extiende la presente constancia en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a los 8 días del mes de julio de dos mil veintidós.

ATTENTAMENTE

"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir

Dr. Rigoberto Martínez Sánchez

Coordinador

rigoberto.martinez@unach.mx



Calle Canarias S/N. Fracc. Buenos Aires
Delegación Terán. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
C.P. 29050. Teléfono (961) 6158506
<http://mec.maestrias.unach.mx/>

- Ponente en IV Congreso Internacional del Consejo Mexicano de Psicología y Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Ponencia: “Violencia gineco-obstétrica: Experiencia de mujeres asistidas en instituciones médicas de la Ciudad de México”.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales
 División de Extensión Universitaria
 y
 el Consejo Mexicano de Psicología

Otorgan el presente

RECONOCIMIENTO

A: Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por su participación como PONENTE

***IV Congreso Internacional “Bienestar familiar, académico,
 comunitario y cultural en tiempos de crisis mundial”.***

Realizado en formato virtual los días 11, 12 y 13 de noviembre de 2021,
 con una duración 21 hrs.

Los Reyes Iztacala, a 13 de noviembre de 2021

CP ADRIANA ARREOLA JESÚS
 Jefa de la División de Extensión Universitaria

DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
 Presidenta del Congreso

- Impartición de taller “Análisis cualitativo a través del software Atlas.ti” dirigido a alumnas del Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Celaya, Guanajuato a 21 de marzo de 2022

Por medio de la presente se hace constar que la **Lic. Beatriz Adriana Tapia Carrillo** impartió el Curso Taller “**Análisis cualitativo a través del software Atlas.ti**”, dirigido a alumnas del Doctorado en Psicología (PNPC CONACyT) de la Universidad Autónoma del Estado de México en el marco de la estancia virtual de investigación que las alumnas realizan durante el período del 14 al 25 de marzo de 2022 bajo el acompañamiento de esta servidora.

El taller fue realizado través de la plataforma teams, el día 21 de marzo de 2022, con una duración de 2 horas.

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir 'Perla S.'.

Dra. Perla Shiomara del Carpio
Profesora investigadora
Universidad de Guanajuato
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias Sociales y Administrativas
Departamento de Estudios Culturales, Demográficos y Políticos

División de Ciencias Sociales y Administrativas
Campus Celaya-Salvatierra
Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201, Esq. Av. Baja California
Ejido de Santa María del Refugio, C.P. 38140 Celaya, Gto. México
Tel. +52 01 (461) 598 5922 Ext. 1601 y 1603
www.ccelaya-dcsa.ugto.mx

- Estancia virtual de investigación en Facultad de Turismo y Mercadotecnia, Universidad Autónoma de Baja California, realizada del 15 al 26 de noviembre de 2021, 80 horas.



Facultad de
**Turismo y
Mercadotecnia**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Oficio No. 293/2021-2

A quien corresponda:

La suscrita Directora de la Facultad de Turismo y Mercadotecnia de la Universidad Autónoma de Baja California en esta ciudad

hace constar

Que la Dra. Perla Shiomara Del Carpio Ovando, Profesora Investigadora del Departamento de Estudios Culturales, Demográficos y Políticos de la Universidad de Guanajuato, realizó satisfactoriamente una estancia de investigación virtual en esta institución bajo la tutoría de la Dra. Isis Arlene Díaz Carrión, del 15 al 26 noviembre del 2021.

Dicha actividad estuvo vinculada al proyecto de investigación "Reducing organisational vulnerability of women: applying organizational research in Mexican-US borderlands" (Newton Fund-British Council-Conacyt), Participando además los siguientes **tesistas: Beatriz Adriana Tapia Carrillo**. [Tesis: Violencia gineco-obstétrica: Experiencia con mujeres asistidas en instituciones médicas públicas de la Ciudad de México] y **Alfredo Castañeda Contreras**. [Tesis: Apoyo social percibido en mujeres de familias monoparentales de Celaya, Guanajuato].

A petición de la interesada y para los fines legales a que a la misma convengan, se extiende la presente constancia en la ciudad de **Tijuana, Baja California a los seis días del mes de diciembre del dos mil veintiuno**.

ATENTAMENTE
"POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"


DRA. MARTHA O. LOBO RODRÍGUEZ
DIRECTORA



C.C.P Coordinación de Posgrados e Investigación FTYM Para su conocimiento.

- Curso autogestivo en línea “Descubriendo la gestión” por el Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa, Universidad de Guanajuato, realizado en abril de 2020.

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



El Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa otorga la presente

CONSTANCIA

A:

BEATRIZ ADRIANA TAPIA CARRILLO

Por haber concluido las actividades del curso autogestivo en línea denominado:

Curso Descubriendo la gestión

Se expide la presente en la ciudad de Guanajuato, Gto. México.

Fecha de emisión:

martes, 17 de agosto de 2021

www.ugto.mx

Se recomienda contabilizar este reconocimiento con un valor máximo de 25 horas.

Validación de
constancia digital



ul7fysBFMk

- Participación en Diplomado “Sembrar rebeldía. Investigación y acción feminista desde el sur”, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas



LA SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

otorga

DIPLOMA

a

Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por haber acreditado el Diplomado
Sembrar rebeldía. Investigación y acción feminista desde el Sur
Realizado del 15 de marzo al 24 de mayo de 2021,
con una duración de 120 horas,
en la modalidad Virtual, en el
Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica,
en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a 24 de mayo de 2021.

“Por la Cultura de mi Raza”

Mtro. Rafael de Jesús Araujo González
Secretario Académico

- Participación en Seminario Internacional “Patrimonio, cultura y territorio”, Universidad de Guanajuato, realizado el 4 de noviembre 2020.



La Universidad de Guanajuato
otorga la presente

CONSTANCIA A

Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por su invaluable asistencia al:

En el marco del 1er. Seminario Internacional: Patrimonio, Cultura y Territorio

Efectuado en el marco de las actividades del Seminario Permanente de la Maestría en Estudios Sociales y Culturales del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato en formato virtual plataforma Jitsi Meet.

Celaya, Gto., A 04 de noviembre 2020

**Dr. Luis Enrique Ferro Vidal
Coord. de la Maestría en Estudios Sociales y Culturales
Campus Celaya, Salvatierra
Universidad de Guanajuato**

- Participación en Diplomado “Prevención de la violencia de género en las Instituciones de Educación Superior”, Universidad Autónoma de Sinaloa, octubre - noviembre de 2020. 45 horas.



Universidad Autónoma de Sinaloa
Centro de Políticas de Género para la Igualdad entre Mujeres y Hombres



LE OTORGA CONSTANCIA A:

BEATRIZ ADRIANA TAPIA CARRILLO

Por concluir exitosamente el Diplomado Prevención de la Violencia de Género en las Instituciones de Educación Superior. Del 31 de octubre al 21 de noviembre de 2020, duración 45 horas.

Sursum Versus

Dra. Beatriz E. Rodríguez Pérez
Directora General



Culiacán Rosales, Sinaloa, México.
Programa de Fortalecimiento a la Calidad Educativa ProFexCe 2020

- Participación en Ciclo de conferencias “Políticas para el desarrollo” y “Políticas públicas y migración”, Universidad de Guanajuato de septiembre-octubre de 2020.

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



A QUIEN CORRESPONDA:

Quien suscribe, Director de la División de Ciencias Sociales y Administrativas del Campus Celaya, Salvatierra, de la Universidad de Guanajuato, otorga esta CONSTANCIA a **BEATRIZ ADRIANA TAPIA CARRILLO** por su asistencia a las siguientes actividades de los Ciclos de Conferencias “Políticas Públicas para el Desarrollo” y “Políticas Públicas y Migración” realizados durante el periodo septiembre-octubre de 2020. Cada una de las conferencias tuvo una duración de 2 horas (modalidad virtual).

Fecha	Ciclo de Conferencias “Políticas Públicas para el Desarrollo”
21 de septiembre	Programa Raíces. Análisis del retorno de académicas argentinas
19 de octubre	Las respuestas multilaterales al Covid-19. Una oportunidad para fortalecer la cooperación financiera América Latina-Asia Pacífico
Fecha	Ciclo de Conferencias “Políticas Públicas y Migración”
21 de octubre	¿Nuevos sujetos laborales en las comunidades de origen de migrantes? Procesos de integración, inserción y subsunción de migrantes retornados en Puebla
26 de octubre	Industria de la migración y organización social del cuidado. Trabajo temporal de jóvenes mexicanas en programas de visado J1 en Estados Unidos (2011– 2019)
28 de octubre	Migraciones en la región transfronteriza México-Guatemala, entre la gobernanza “desde arriba” y la gobernanza “desde abajo”

Se expide la presente en la ciudad de Celaya, Guanajuato, a 04 de noviembre de 2020.

ATENTAMENTE

“LA VERDAD OS HARA LIBRES”

EL DIRECTOR



Dirección de la
División de Ciencias Sociales
y Administrativas
CAMPUS
CELAYA-SALVATIERRA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS
DR. BENITO RODRÍGUEZ HERRERA

Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201
Ejido de Santa María del Refugio, C.P.: 38140; Celaya, Gto., México
Teléfono: (461) 598 59 22, ext.: 1603 y 1610
e-mail: dcsacccs@ugto.mx y dcsacccs@gmail.com
www.celayasalvatierra.ugto.mx

- Estancia virtual de investigación en la Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, realizada del 17 al 29 de septiembre de 2020.



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta

otorga la presente

CONSTANCIA

A:

BEATRIZ ADRIANA TAPIA CARRILLO

Por su participación en la Estancia de Investigación Virtual de la **Red de Investigación sobre Familia, Salud y Personalidad**, la cual se llevó a cabo del 17 al 29 de septiembre de 2020.

Dicha actividad fue aprobada por los H. H. Consejos Académico y de Gobierno en su sesión ordinaria del día 24 de agosto de 2020.

Toluca, México; octubre de 2020.

ATENTAMENTE

Patria, Ciencia y Trabajo

"2020, Año del 25 Aniversario de los Estudios de Doctorado en la UAEM"



Dra. en A. Dir. María Teresa García Rodea
Directora de la Facultad



- Participación en Jornada de actualización en temas de “Derechos de la niñez”, Centros de Estudios para la Construcción de Ciudadanía y la Seguridad, Universidad Autónoma de Chiapas, realizado del 8 al 10 de julio de 2020.



La Universidad Autónoma de Chiapas

A través del

Centro de Estudios para la Construcción de Ciudadanía y la Seguridad

Otorgan el presente

RECONOCIMIENTO

C. Beatriz Adriana Tapia Carrillo

Por su participación en la jornada de actualización en temas de Derecho referente a

Derechos de la niñez: Prevención del abuso sexual infantil e interés superior de la niñez en el proceso legal

En la modalidad on-line, realizado del 8 al 10 de julio de 2020.

Se expide la presente en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

“POR LA CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE SERVIR”


DR. ALFONSO JAIME MARTÍNEZ LAZCANO
Coordinador General
CECOCISE-UNACH



- Actividades de la Unidad de Aprendizaje Autogestiva en línea “Situaciones, tendencias y escenarios de la realidad sociocultural de México y el mundo (versión posgrado)” por el Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa, Universidad de Guanajuato, realizado en agosto de 2020.

VALIDACIÓN DE CONSTANCIA EN: necio.ugto.mx

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



El Sistema Universitario de Multimodalidad Educativa otorga la presente

CONSTANCIA

A: BEATRIZ ADRIANA TAPIA CARRILLO

Por haber concluido las actividades de la unidad de aprendizaje autogestiva en
línea denominada:

“Situaciones, tendencias y escenarios de la realidad sociocultural de México y el
mundo (versión posgrado)”

Se expide la presente en la ciudad de Guanajuato, Gto. México.
Fecha de impresión de constancia: 19 abril, 2020

Correo electrónico para validar la constancia: ba.tapiacarrillo@ugto.mx
www.ugto.mx

