

Violencia obstétrica en Chiapas, México: entre la revictimización, el saber médico y la suerte

Obstetric violence in Chiapas, Mexico: revictimization, medical knowledge and luck

Vázquez Morales, Fabiola Elizabeth*

El Colegio de La Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

fabiola.vazquez@estudianteposgrado.ecosur.mx

Salvatierra Izaba, Benito***

El Colegio de La Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

bsalvati@ecosur.mx

Sánchez Ramírez, Georgina*****

El Colegio de La Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

gsanchez@ecosur.mx

Nazar Beutelspacher, Austreberta**

El Colegio de La Frontera Sur, Unidad San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

anazar@ecosur.mx

Zapata Martelo, Emma****

Colegio de Postgraduados, Instituto de Socioeconómica, Estadística e Informática, Texcoco, México.

emzapata@colpos.mx

Resumen

La violencia obstétrica ha sido estudiada como violencia de género que puede ser analizada en sí misma, pero también ha sido reconocida como una expresión más de violencia contra las mujeres. En este artículo se busca contribuir a esclarecer las distintas manifestaciones de violencia obstétrica en el proceso del parto y puerperio inmediato, diferenciando entre el tipo de violencia y los distintos actores del personal de salud que la ejercen. También se analiza la violencia obstétrica como revictimización. Se diseñó un estudio mixto de investigación realizado en dos colonias urbanas de Chiapas, México. Fueron incluidas 140 mujeres indígenas y no indígenas de 15 a 49 años que hubieran estado embarazadas o tenido un parto en los últimos cinco años. Los resultados destacan la importancia de diferenciar las distintas expresiones de violencia obstétrica y del personal de salud que la ejerce, así como el antecedente de violencias previas contra las mujeres en trabajo de parto (revictimización). Se discuten los resultados enfatizando en la percepción de las mujeres y la recomendación que ellas hacen para seguir atendiendo sus partos en las mismas unidades médicas.

Palabras clave: Violencia durante el parto; Riesgo obstétrico; Indígenas; Género y Salud; Chiapas.

Abstract

Obstetric violence has been studied as gender violence which can be analyzed as only obstetric violence, but it has also been recognized as another expression of violence against women. This article seeks to contribute to clarify the different manifestations of obstetric violence in the process of childbirth and immediate puerperium, differentiating between the type of violence and the different actors of the health personnel that exercise it. Obstetric violence is also analyzed as revictimization. A mixed research study carried out in two urban neighborhoods of Chiapas State in Mexico was designed. 140 indigenous and non-indigenous women between the ages of 15 and 49 who had been pregnant or had a childbirth in the last five years were included. The results highlight the importance of differentiating the distinct expressions of obstetric violence and of the health personnel who exercise it, as well as the history of previous violence against women in labor (revictimization). The results are discussed, emphasizing the perception of women and the recommendation they make to continue attending their deliveries in the same medical units.

Keywords: Obstetric violence; Obstetric risk; Indigenous; Gender and Health; Chiapas.

*Licenciada en Sociología por la Universidad Autónoma de Chiapas, temas de especialización: violencia de género, familia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9445-7436>.

** Médica Cirujana; Maestra en Medicina Social; Especialista en Epidemiología Aplicada; Doctora en Estudios del Desarrollo Rural. Investigadora Titular del Departamento de Salud de El Colegio de la Frontera Sur, México. Temas de interés: Género y salud; Violencias y desventaja social. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7684-5453>.

*** Médico Cirujano; Especialista en Epidemiología Aplicada; Maestro en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Bioestadística; Doctor en Estudios del Desarrollo Rural. Investigador Titular del Departamento de Salud de El Colegio de La Frontera Sur, México. Temas de interés: Evaluación de programas y políticas de desarrollo social, salud y nutrición; Sociología Cuantitativa y Epidemiología. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5950-7840>.

**** Licenciatura, Maestría y PhD en Sociología por la Universidad de Texas, en Austin. Investigadora Titular del Departamento de Estudios del Desarrollo Rural del Colegio de Postgraduados, México. Especialista en Género y Desarrollo Rural. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1623-3322>.

***** Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Población; Doctora en Sexualidad; Investigadora Titular del Departamento de Salud de El Colegio de La Frontera Sur, México. Temas de interés: Género y salud, con especial interés en Salud Sexual y Reproductiva, así como en la desarticulación de Violencia machista en la crianza. ORCID: <https://orcid.org/0001-7916-5753>

Violencia obstétrica en Chiapas, México: entre la revictimización, el saber médico y la suerte

Introducción

La violencia obstétrica es un término sobre el que no existe consenso acerca de su contenido y sus causas; no obstante, se ha reconocido plenamente su existencia en el ámbito de la salud Organización Mundial de la Salud (OMS) y su relación con la violación de los derechos humanos de las mujeres (García, 2018). Ese organismo también ha promovido el respeto a la autonomía y toma de decisiones de las mujeres en estos procedimientos (Sadler et al., 2016), aunque con frecuencia esto no ocurre.

En este trabajo utilizamos el enfoque de género en salud,¹ el cual permite incluir análisis sistemáticos de género a la vez que considerar que la salud es el resultado de la biografía y el contexto en el que las personas han vivido y que cada etapa del ciclo vital está marcada con dichas huellas, incluido el embarazo y el parto.

Distintos autores (Castro y Erviti, 2015; Fernández, 2014), han reportado que en la atención del parto en unidades médicas hospitalarias se toman decisiones médicas emergentes como las cesáreas e incluso no emergentes como la esterilización quirúrgica, sin consultar o notificar a las mujeres, provocando mayor incertidumbre y temor en ellas; o bien, el ejercicio de maniobras innecesarias o irrespetuosas (como la episiotomía, los tactos vaginales frecuentes con fines de enseñanza, entre otros) violentando su cuerpo y todo su ser durante el trabajo de parto (Sánchez-Ramírez, 2016 y 2021).

La perspectiva de género en salud contribuye a hacer más visibles esas prácticas para

1 La perspectiva de género en salud atiende "(...) la forma en que los factores biológicos interactúan con las normas, los roles y las relaciones de género o factores socioculturales que afectan la salud de las mujeres, los hombres y sus comunidades (...) incluye la interacción del sexo y el género como determinantes sociales básicos de la inequidad en salud; es decir, las diferencias entre hombres y mujeres (edad, grupo étnico, estado socioeconómico, orientación sexual y lugar de residencia) que se incorporan en análisis sistemáticos de género" (OPS, 2010: ii).

desnormalizarlas, partiendo de la premisa de que las mujeres no son sujetas pasivas de su salud, sino seres con capacidad de afirmación, que deben conocer sus derechos y contar con redes de apoyo que les permitan hacerlos efectivos para procurar su bienestar.

Este trabajo muestra algunos elementos empíricos para reflexionar sobre este fenómeno y con ello aportar elementos para mejorar el trato y las condiciones de parir en la región.

La violencia obstétrica y los servicios de atención a la salud

La violencia obstétrica no ocurre de manera transhistórica, sino que debe referirse a la organización y atención de la salud en la medicina contemporánea en la que los servicios de atención a la salud son cada vez más complejos debido al incremento de recursos tecnológicos para diagnóstico y tratamiento, y de múltiples actores subespecializados que están involucrados en la atención a la salud, particularmente en las hospitalarias. Las y los trabajadores de la salud deben seguir estrictas normas y procedimientos que son componentes de los estándares de calidad, dando prioridad a su cumplimiento sobre los aspectos éticos de las relaciones interpersonales, lo que ha llevado a autores como `Empaire, (2010) y Sadler et al., (2016) a afirmar que las unidades médicas funcionan como una maquinaria que despersonaliza la atención entre humanos, lo que tiene un peso mayor en la atención de los partos resultando en la mínima o nula participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con él, bajo el argumento de que las decisiones y acciones médicas tienen el objetivo de disminuir el riesgo.

A lo anterior se suma el hecho de que, en la mayoría de los casos, en países como México, las unidades médicas enfrentan múltiples problemas estructurales en los que existe segmentación y especialización de la práctica sanitaria, malas

condiciones laborales y precariedad, a lo que se suma la saturación del sistema hospitalario donde el personal sanitario es insuficiente para atender la demanda de atención obstétrica (Valdez et al., 2013).

La organización y atención de la salud también se entrelaza con lo que Castro (2014), en México, considera el *habitus médico*. Este autor y otros (Castro y Erviti, 2015; López y Bautista, 2017 y Pozzio, 2016) afirman que la violencia obstétrica no se ejerce ni en todos los espacios de labor de parto, ni a todas las mujeres. En ese sentido, la OMS reconoce que "Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo" (OMS, 2014: 1) durante el parto; es decir condiciones que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres en la ya vulnerable situación de parto. En el mismo sentido, Bomzdina (2014), Esteban (2001) Davis-FI (2018) y Sánchez-Ramírez (2021), entre otros, reportan que si bien mujeres de muy diversas situaciones de género han vivido episodios de violencia obstétrica, compartiendo con ello la condición de género, se ha reconocido que esta ocurre con mayor frecuencia en grupos de mujeres cuya situación puede ser de mayor vulnerabilidad (pobre, indígena, joven, de baja escolaridad, con pocas o nulas redes de apoyo efectivo, acceso a información sobre parto humanizado entre otros). Lo anterior orienta a la reflexión sobre la complejidad para el estudio de la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica, otras violencias y la posición de desventaja social de las mujeres

La violencia obstétrica es una expresión de violencia de género que puede ser estudiada en sí misma, pero también como una expresión más de violencia contra las mujeres (Castro y Frías, 2020) asociada a sus desventajas estructurales (FARMA MUNDI, 2015). La concepción de la violencia obstétrica como una más de las expresiones de opresión de género, ha llevado a algunos autores a considerar que las mujeres víctimas, lo han sido no solamente en el ámbito hospitalario durante la atención del parto, sino en su trayectoria de vida, incluyendo la familia de origen, en la relación con la pareja y en el ámbito extrafamiliar (escuela, trabajo, vía pública), y tienen como origen común su posición subordinada en todos los escenarios sociales contribuyendo a reproducir o empeorar otros indicadores de desigualdad (Castro y Frías, 2020; Arguedas, 2014).² Así, se identifican

² Este estudio, se enmarca en la interseccionalidad de múltiples desigualdades de las mujeres en su relación con la violencia obstétrica; no se utiliza el concepto de manera explícita debido

dos grandes ámbitos involucrados en el estudio de la violencia obstétrica: a) el de las clínicas y hospitales para la atención del parto y, b) el de la experiencia de vida de las mujeres, de tal manera que no todas las mujeres en trabajo de parto perciben de igual manera la violencia contra ellas o no la reportan durante las investigaciones (Castrillo, 2016), lo que tiene importantes implicaciones para el estudio de la violencia obstétrica (subestimación) (Freedman et al., 2014).

En el campo de la atención a la salud es importante tomar en cuenta la organización y normas con las que operan los servicios alópatas de salud y su personal. Respecto al grupo médico, el prestigio individual y posición en el trabajo definen distintas posiciones de poder y competencia individual entre médicos/as, pero también con y entre otros agentes de atención a la salud. En ese ámbito, las mujeres en trabajo de parto son pacientes sobre quienes el personal de salud debe actuar para solucionar el problema de salud, mientras que la toma de decisiones de las mujeres se encuentra fuertemente restringida.

La violencia obstétrica se encuentra estrechamente vinculada a la condición de género de las mujeres, pero bajo condiciones específicas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Al respecto, Sadler et al., (2016), enfatizan que la violencia obstétrica debe analizarse de manera específica respecto a otras formas de violencia médica, debido a que: 1) la violencia obstétrica es un tema feminista en tanto se considera violencia de género, 2) el parto es un proceso fisiológico y no una enfermedad, y 3) el parto y el nacimiento pueden ser enmarcados como eventos sexuales. Mientras los dos primeros rubros hacen mayor referencia a los aspectos de organización y operación de los servicios de salud y sus jerarquías, el tercer rubro tiene más una connotación sociocultural e influye en las relaciones interpersonales entre las mujeres embarazadas en trabajo de parto y el personal de salud en el que, a decir de Catalán (2006), se tiende a culpabilizar a las mujeres porque la expresión de dolor en el parto se asocia al placer sexual cuando se concibió al bebé.

La evaluación empírica de la violencia obstétrica requiere considerar que el concepto es complejo y abarca múltiples aspectos. En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) en su análisis sobre la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)

a las múltiples interpretaciones y líneas de debate que existen sobre el mismo, al que se ha considerado en construcción (Viveros, 2016).

2016 incluye 12 variables de la violencia obstétrica. El análisis que presentamos incluye 10 de las 12 variables registradas en la ENDIREH 2016, las cuales se desagregan en tres subgrupos sobre la base del tipo de violencia y los posibles actores del personal de salud victimarios en esos tres subgrupos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

El primer subgrupo incluye una única variable: ¿La obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted? Esta es una variable a la que están expuestas todas las mujeres que atienden su parto en unidades médicas debido a que la posición supina está integrada tradicionalmente en los procedimientos para la atención del parto hospitalario para facilitar la labor médica, no obstante que en México por norma oficial (NOM-007-SSA2-2016) las mujeres en trabajo de parto pueden elegir la posición de parto.

El segundo subgrupo corresponde a las relaciones interpersonales entre el personal de salud y las mujeres, que son evidentemente expresiones de violencia del personal sanitario contra ellas. En este grupo se incluyen las preguntas ¿Le gritaron o la regañaron? ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, ‘¿así gritaba cuando se lo hicieron?’ o ‘cuando se lo hicieron, ahí si abrió las piernas ¿no?’)? ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé? ¿Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones? ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho? (preguntas 2 a 5). En este segundo subgrupo la violencia ejercida contra las mujeres en trabajo de parto o en el puerperio inmediato no está mediada por las normas y procedimientos institucionales, sino que responde al ejercicio del poder para obligar a las mujeres a someterse a la autoridad de ese personal, siempre en el marco de las jerarquías y pautas intrahospitalarias en las que se expresa el *habitus médico*.

El tercer subgrupo agrupa procedimientos médicos, generalmente justificados como decisión sustentada en el conocimiento médico entre los que se incluyen la inducción del parto, las episiotomías y cesáreas, entre otras, diferenciándose claramente de los dos primeros subgrupos de violencia obstétrica. Este grupo de variables tiene como actores principales al personal de salud en formación o ya formado (enfermeras/os, médicos generales o especialistas).

Esa agrupación fundamenta la necesidad de diferenciar los distintos componentes de la violencia obstétrica y también los distintos actores incluidos en

el concepto de personal de salud. La clasificación en tres subgrupos de variables o expresiones de violencia obstétrica se utilizará para estimar la frecuencia y características de las distintas manifestaciones de violencia obstétrica, así como su percepción por las mujeres víctimas y la relación de estas con violencias previas (revictimización) buscando contribuir, desde el análisis de las relaciones de género y el poder, la generación de acciones específicas para su prevención.

Aspectos metodológicos

Universo y población de estudio

El estudio se realizó en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. Esta ciudad es el mayor centro urbano de la región Altos Tseltal-Tsotsil de Chiapas, en la que 34.3 % es indígena de las etnias Tsotsil, Tseltal y Ch’ol (INEGI, 2020). Los barrios de estudio fueron: La Garita y El Santuario.

El barrio La Garita comprende una población aproximada de 3,700 personas, con una edad promedio de 26 años y con una escolaridad promedio de siete años cursados. El centro de salud más cercano y que cubre nominalmente a la población de este barrio es el Centro de Salud Zona Norte, el cual presta atención general a la salud además de servicios adicionales como: consultas prenatales, consultas generales, vacunación, planificación familiar y servicios de urgencias.

El barrio El Santuario cuenta con una población de 752 personas; la edad promedio es de 20 años y la escolaridad media es de nueve años cursados. Este barrio es área de influencia del centro de salud Los Pinos, con las mismas funciones que el Centro de Salud Zona Norte.

La ciudad en su conjunto cuenta con hospitales públicos y privados que ofrecen la atención de partos por médicos alópatas: dos hospitales para población derechohabiente y tres hospitales públicos que atienden a población abierta, entre los que destaca el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud (SSA) que se orienta principalmente a la atención obstétrica. También existen hospitales y clínicas privados, y parteras con distintos grados de capacitación formal y experiencia y espacios para atender partos de bajo riesgo.

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio mixto de investigación que incorpora metodologías cuantitativas y cualitativas. La integración de metodologías remite a la posibilidad de combinarlas dentro de una misma investigación

de tal manera que sostiene la complementariedad entre métodos (Bericat, 1998). En la encuesta fueron incluidas únicamente a las mujeres de 15 a 49 años y que hubieran estado embarazadas o tenido un parto en los últimos cinco años (2017-2021).

Diseño de instrumentos y acopio de información

Se utilizaron herramientas cuantitativas y cualitativas. Las cuantitativas consistieron en la elaboración de un cuestionario estructurado que incluyó a) preguntas sociodemográficas, económicas, y reproductivas; b) violencias padecidas alguna vez, violencia por su pareja y c) violencia durante la atención del parto y el puerperio inmediato. Este instrumento fue aplicado a las mujeres seleccionadas mediante un censo casa a casa en las dos colonias de estudio. Este permitió identificar si en la vivienda vivían mujeres adultas de 15 a 49 años, madres alguna vez, a quienes se les invitó a responder la entrevista individual. Todo ello fue capturado y procesado en el programa SPSS v. 26.

La herramienta cualitativa consistió en la elaboración de una guía de entrevista semiestructurada diseñada para profundizar en los hallazgos a partir de las respuestas obtenidas por la encuesta. Los ejes de esta fueron las violencias detalladas por tipo de violencia (sexual, psicológica y física) y su ocurrencia durante el curso de vida, enfatizando en la violencia experimentada en particular durante el embarazo, parto y puerperio, tanto por su pareja como por el personal de salud, obteniéndose relatos de los distintos procesos vividos, incluida la unión, el tipo de residencia y el lugar de preferencia de atención del parto. Las entrevistas fueron realizadas y grabadas, previo consentimiento de la persona entrevistada, en espacios dentro de la vivienda que ofrecieran privacidad durante la entrevista.

El acopio de la información se realizó durante los meses de junio a julio de 2021 cuando la pandemia de COVID-19 estaba muy activa en la ciudad.

Debe señalarse que, aunque más de un centenar de mujeres (140) respondieron el cuestionario durante la encuesta, únicamente 13 aceptaron ser entrevistadas en profundidad, tres de ellas indígenas. El principal motivo para no aceptar ser entrevistadas fue el temor a que les “ocurriera algo” o que “estuvieran en problemas”, debido probablemente a que la mayoría vive en residencia patrilocal y al intentar realizar las entrevistas siempre procuraban estar presentes la suegra, cuñadas o la

pareja, lo que influyó en su decisión de no participar.³ Otro motivo para no participar fue el temor de contagiarse de COVID-19, pero fue la minoría.

La investigación cuenta con el aval del Comité de Ética en la Investigación de El Colegio de la Frontera Sur.

Análisis de la información

Con base en el censo realizado casa a casa en las dos colonias de estudio, fueron identificadas 364 mujeres de 15 a 49 años, madres alguna vez, de las cuales 140 (38.5 %) reportaron haber estado embarazadas o haber tenido su último parto en los cinco años previos a la encuesta (2017-2021). De ellas, 64 (45.7 %) dijeron considerarse indígenas, y 76 (54.3 %) no indígenas.

Se realizó análisis univariado y bivariado de los datos obtenidos por la encuesta, utilizando el paquete estadístico SPSS v. 26. El análisis fue estratificado para población indígena y no indígena. Se estimaron frecuencias y asociaciones entre variables utilizando el estadístico X^2 de Pearson. Las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas e incorporadas en la descripción de los resultados para evidenciar la experiencia de violencias a lo largo de la vida, incluida la ejercida por la pareja actual, así como su percepción y recomendaciones derivadas de la experiencia durante el parto, en particular la violencia obstétrica.

Resultados

Debido al interés en este trabajo para analizar la posición de las mujeres en términos de desventaja social, fue necesario describir algunas variables socioeconómicas y demográficas, así como las características reproductivas las cuales se presentan en los cuadros 1 y 2 respectivamente.

Características socioeconómicas y demográficas

En el cuadro 1 se muestra que no se registraron diferencias significativas al comparar a mujeres indígenas y no indígenas por cada una de las variables socioeconómicas y demográficas. La proporción de mujeres sin escolaridad fue de 2.2 % y solamente se registró en las mujeres indígenas; en concordancia

³ Es probable que el temor de ser entrevistadas entre las mujeres indígenas haya sido mayor debido a que se ha documentado en Chiapas mayor violencia de pareja contra mujeres indígenas y en quienes viven en residencia patrilocal (Suárez et al., 2022); todas hablan español por lo que la lengua no fue considerada un motivo para su no participación y tampoco fue mencionado por ellas.

con ello, casi la totalidad (98.6 %) dijeron saber leer o escribir un recado. Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres ha realizado trabajo remunerado alguna vez en la vida, y aproximadamente la mitad desempeñan actualmente alguna actividad remunerada (cuadro 1).

En relación con el tipo de residencia al establecer la unión se observa que la residencia neolocal (al unirse vivieron solos en pareja), fue de solamente 22.8 %, con una cifra superior en las mujeres indígenas (27.9 %) respecto a las no indígenas (18.7 %), mientras que la residencia patrilocal (con la familia del esposo) ocurrió en la mitad de las entrevistadas (50.7 %), y la residencia matrilocal fue de 26.7 %, con mayor frecuencia entre las mujeres indígenas (cuadro 1). En cuanto a la conformación y estabilidad de las uniones se registró que aproximadamente tres de cada cuatro mujeres (77.3 %) viven con su primera pareja, 2.2 % reportaron vivir con una segunda pareja, 13.9 % son madres solas que no vivieron en pareja, y el resto son viudas, separadas o divorciadas de la primera pareja (cuadro 1).

Cuadro 1. Características socioeconómicas y demográficas de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un embarazo en los últimos cinco años (2017-2021).

(Ver Anexo)

Características reproductivas

El análisis estratificado por auto adscripción indígena muestra que no existen diferencias significativas en la distribución de categorías de las diferentes variables entre mujeres indígenas y no indígenas (cuadro 2). Entre los resultados destaca la elevada frecuencia (18.2 %) de uniones tempranas (entre los 10 y 14 años)⁴ tanto en mujeres indígenas (17.7 %) como no indígenas (18.7 %), a la vez que 7.9 % de las menores de 19 años dijeron haber estado embarazadas dos veces en los últimos cinco años, sin diferencias por etnia (cuadro 2). Adicionalmente, 54.0 % de las mujeres dijeron no estar afiliadas a ningún esquema de derechohabencia a los servicios de salud y en una de cada cuatro mujeres el parto fue por operación cesárea. La atención hospitalaria del parto fue en total de 83.7 %, el resto fue en centro de salud (1.5 %), por partera (14.1 %), y 0.7 % en casa atendida por un familiar o sin ningún apoyo (cuadro 2). Nueve

4 En México existe por norma oficial la indicación de realizar búsqueda intencionada de violencia sexual, familiar o de género, en embarazadas de este grupo de edad (Secretaría de Salud, 2016), pero en las dos colonias en estudio fue reportado que las uniones fueron con el consentimiento de las niñas-adolescentes (en muchos casos para huir de un hogar en el que padecieron violencia) (Hartmann et al., 2020).

de cada diez mujeres dijeron que atendieron su parto en el lugar en el que ellas querían ser atendidas (cuadro 2).

La atención del parto en clínicas y hospitales públicos y privados es elevada (83.7 %), y las razones que dijeron las mujeres para atenderse ahí se relacionan con la percepción del riesgo en el caso de no ser atendidas por personal médico, haciendo evidente que esta noción y la búsqueda de atención médica durante el parto se ha legitimado socialmente en el sector de mujeres entrevistadas.

Me atendieron en el Hospital de La Mujer, porque me comentaban cuando estaba embarazada que si tenía a mi bebé en el hospital este era mejor para que no me pasara nada durante el parto ni a mí ni a mi bebé ya que ellos, sabrían qué hacer en el momento sin que estuviéramos en peligro además saben más para atender a las mujeres en labor de parto (Mujer de 35 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Acudir al hospital para dar a luz era lo más confiable para mí, además porque era pues el que siempre estaba acá y el más popular de la ciudad, no me atendí con la partera porque había yo escuchado que algunas mujeres se les había muerto sus bebés al intentar tenerlo con la partera, aunque mi madre me llevaba a que me sobara la partera porque es bueno para darle movimiento al bebé (Mujer de 43 años, no indígena, primer parto, Hospital de la mujer).

Los testimonios muestran que persiste un sincretismo de atención por parteras y personal médico durante el embarazo, no así para el momento del parto, debido a la noción de “peligro” en el proceso de parto, fuertemente introyectada en las mujeres y ligada a la noción de “seguridad” que ofrecen los servicios médicos, producto de décadas de políticas y programas que promueven la atención hospitalaria del parto y que, también han traído como resultado una paulatina deslegitimación de la partería en México (Sánchez-Ramírez, 2016).

En síntesis, se trata de una población mixta indígena y no indígena que coexiste en las colonias de estudio, con prácticas reproductiva y condiciones socioeconómicas y demográficas semejantes, por lo que la adscripción étnica y la mayoría de las variables socioeconómicas no son elementos que pudieran contribuir a explicar alguna diferencia importante en la frecuencia de violencia obstétrica entre ambos grupos de mujeres. Aun así, se decidió realizar el análisis de las expresiones de violencia obstétrica estratificado por adscripción étnica.

Cuadro 2. Características reproductivas de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un embarazo en los últimos cinco años (2017-2021).

(Ver Anexo)

Magnitud y características de la violencia obstétrica⁵

Subgrupo 1. Obligarlas a permanecer en posición supina (percibida como incómoda o molesta) para la atención del parto

La obligación para permanecer en una posición incómoda o molesta para las mujeres en trabajo de parto correspondió al 14.5 % (cuadro 3).

Cuadro 3. Frecuencia de violencia obstétrica asociada a normas y procedimientos institucionales (subgrupo 1) por etnia

(Ver Anexo)

Percepción de las mujeres de la obligación de permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto y su relación con el antecedente de violencias vividas

La obligación impuesta a las mujeres de permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto es parte de las pautas y procedimientos institucionales; esta posición responde a facilitar al personal médico la atención del parto más que a la comodidad de la mujer, tal como ha sido reconocido por la Secretaría de Salud en México y organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Secretaría de Salud, 2010). Sin embargo, únicamente el 14.5 % de las mujeres en trabajo de parto o en el posparto inmediato percibieron la obligación de permanecer en posición supina como incómoda o molesta:

Me gritaron feo, pues cuando ya te pasan a la camilla ya vez que tienes dolor ya de parto, pero te da ganas de ir al baño en mi caso hacer pipí, pero cuando pides ir para hacer esa necesidad, me impidieron hacerlo porque según ellas me tenía que aguantar, les comenté que si me ponían un pañal abajo para no mojar y ellas respondieron: ¡no te muevas!, ¿que no entiendes que debes permanecer boca arriba? A lo que les dije: no aguanto. La enfermera me vio con caras y me dejó sola, acostada (mujer de 34 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Tenía yo dolor de la contracción que son dolorosos, pero a la vez tenía la sensación de querer ir al baño, les dije a las enfermeras que si me dejaban ir al baño porque no me aguantaba a lo que ellas me

respondieron: ya a la hora se les ocurre ir a orinar, la verdad sentí desesperación, y les volví a repetir, déjenme ir al baño, una de ellas me gritó ¡ya se le dijo que no! ¡aguántese ya casi viene doctor!, lo único que me quedó es agarrarme fuerte de la camilla (Mujer de 35 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Distintas expresiones previas de violencia contra las mujeres se asociaron significativamente con la mayor percepción de haber sido obligadas a permanecer en una posición incómoda o molesta para ellas. Fueron indagados los antecedentes de violencia en dos ámbitos: el maltrato contra las mujeres ejercido por su pareja durante el embarazo y el puerperio, y expresiones específicas de violencia de las que las mujeres fueron víctimas alguna vez: a) le pegaron o la golpearon, b) la insultaron o amenazaron, y c) intentaron abusar sexualmente de ellas. En todos los casos se encontró una relación estadísticamente significativa entre otras violencias vividas por las mujeres y la percepción de la obligación de permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto⁶. Destaca por su asociación la variable: ¿alguna vez quisieron abusar sexualmente de usted? que tuvo una frecuencia de 4.6 %, pero en ese relativamente pequeño número de mujeres, ocho de cada diez dijeron haberse sentido obligadas a permanecer en una posición incómoda o molesta durante el parto. También fue evidente la relación entre el maltrato que el esposo ejerció contra ellas durante el embarazo o el puerperio y la variable dependiente (cuadro 4).

Cuadro 4. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y la percepción de la obligación de permanecer en una posición incómoda o molesta (violencia obstétrica del subgrupo 1)

(Ver Anexo)

La mayor molestia o incomodidad ante la obligación de permanecer en posición supina puede explicarse porque se sienten -y están- indefensas. Por ejemplo, en esa posición, se facilita la violencia obstétrica mediante el tacto vaginal repetido para fines de formación de personal médico y de enfermería, pese a que en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 se señala que las mujeres en trabajo de parto no deben ser utilizadas como cuerpos de prácticas.

⁵ Las variables de violencia obstétrica incluidas se relacionan en su mayoría con los partos vaginales, por lo que el tamaño de muestra en el análisis específico de la violencia obstétrica se redujo a 110.

⁶ La relación entre haber sido insultada o amenazada y el haber padecido violencia obstétrica fue marginalmente significativa ($p=0.063$).

Después de estar caminé y caminé dentro del hospital, una de las enfermeras me dice: ¡acuéstese! por lo cual lo hice, una de ellas empezó a decir que le pasaran guantes que haría un tacto y que se acercaran unas estudiantes ahí de enfermería, me dejé para que me dijera como estaba la dilatación, después de eso la enfermera dice: ¿vieron cómo lo hice? Ah, pues así es un tacto. A ver Conchita ponte guantes vas a sentir la dilatación, así que metió sus dedos la muchacha; en fin, que fueron como 4 a 5 veces más que me tocaron. Ya después de tanto le dije: ¡ya siento entumida mi parte! ¡Me falta o ya! Como vio que me molesté de que me tocaran me dijo: ya párese, camine más porque le falta (Mujer 29 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Subgrupo 2. Relaciones interpersonales entre el personal de salud y las mujeres

En el cuadro 5 se muestran las variables de violencia obstétrica que corresponden al subgrupo 2. La variable que registró mayor frecuencia fue: “se tardaron mucho en atenderla porque estaba gritando o quejándose mucho” (14.7 %), sin diferencias significativas en la comparación entre indígenas y no indígenas:

Antes de estar en trabajo de parto, grité como dos veces porque en realidad sí es doloroso, quizá no les gusta a ellos escuchar ruido, pero hay veces que con gritar se va la presión del dolor que tenemos. Recuerdo que una enfermera ya grande de edad me dijo: ¡qué gritona! Y me callé de la pena, de ahí me mordía los labios del dolor y no aguanté y grité de nuevo y me volvió a decir: ¡cállese que solo va a tener un hijo, no se va a morir! (Mujer de 27 años, no indígena, segundo parto, Hospital de la Mujer).

También se reportó que 3.7 % de todas las mujeres y 6.6 % de las mujeres no indígenas fueron víctimas de otro tipo de violencia verbal con alusión a su sexualidad por parte de las enfermeras.

Las enfermeras me maltrataron, me dijeron que yo me callara, ya vio que en los gritos pues tenemos que gritar por los dolores y las enfermeras me decían: ¡cállate! ¿Tú crees que es bonito tenerlo como hacerlo? ¡Abrir las piernas como lo hiciste la primera vez! La verdad me sentí mal porque fue desagradable (Mujer de 43 años, no indígena, primer embarazo, Hospital de la Mujer).

Dentro del maltrato verbal se registró el caso de una ginecóloga que se burló de la mujer en trabajo de parto al realizarle un tacto vaginal, tema que no fue

preguntado en la encuesta, pero que sí fue reportado por las mujeres:

Al ingresar en el hospital me checaron haciéndome un tacto, lo hizo una enfermera diciendo que me faltaba, así que espere acostada ahí. Me volvieron a realizar tacto como media hora después y dijeron que ya era tiempo de trabajo de parto. Llegó la ginecóloga, la vi un poco prepotente porque dijo: ¡la checaré para no estar perdiendo tiempo de balde, si no, ya háganle cesárea! Sí me dio miedo escuchar la palabra cesárea, pero por mi bebé pues estaba bien, me acomodé para el tacto y vi que ella tenía un anillo en el dedo índice por lo cual le dije: ¿qué? ¿no se va a quitar su anillo? a lo que la ginecóloga contestó: No, hay Dios, si te duelen mis dedos imagínate cuando salga la cabeza de tu bebé, y se burlaron las que estaban ahí con risas (Mujer 29 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Finalmente, el ignorar las solicitudes de información sobre el trabajo de parto o sobre la condición del bebé correspondió al 11.0 % (cuadro 4):

Estaba preguntando qué por qué no me atendían ya cuando estaba adentro del hospital. Nadie me decía nada, espere y espere y les volvía a decir: ¡atiéndame! o ¿Por qué no me atienden? Me dijeron: ¡aguante ya casi! Y al final nadie me decía nada, ya después cuando nació mi bebé les decía que, si no me pasarían a hacer visita porque mi bebé estaba hecho pipí, ahí me regañaron por preguntar. La enfermera me dijo: ¡ya tranquila es usted la que más habla, todas tienen que esperar! ahí supe que preguntar es malo (Mujer de 34 años, no indígena, primer parto, Hospital de la mujer).

Cuadro 5. Frecuencia de violencia obstétrica asociada relaciones interpersonales entre el personal de salud y las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 2) por etnia

(Ver anexo)

Violencia ejercida por el personal de salud contra las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 2 de violencia obstétrica) y su relación con el antecedente de violencias vividas

La violencia obstétrica que ocurre en las relaciones interpersonales entre las mujeres en trabajo de parto y el personal de salud, se asoció significativamente al antecedente de las mujeres de haber sido víctimas de maltrato y violencia por su pareja durante el embarazo y puerperio de hijos previos (cuadro 6). Es probable que las mujeres que han sido víctimas de violencia por su pareja

manifiesten mayor necesidad de atención y apoyo físico y emocional por parte del personal de salud y, asociado a ello tengan o expresen con más intensidad el dolor del trabajo de parto, condiciones a las que el personal -en su mayoría de enfermería- responde con violencia contra ellas. Los testimonios de las mujeres en trabajo de parto sobre la necesidad de recibir apoyo por parte del personal de salud (principalmente de las enfermeras) fue documentada en las entrevistas:

No sé por qué entre mujeres nos tratamos mal, porque las enfermeras son mujeres y son las que más nos tratan con indiferencia, en vez de que haya apoyo y comprensión y deberíamos de entendernos más, pero la verdad no es así (Mujer de 34 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

La verdad quizá, solo porque nos ven gritando de dolor dirán que exageramos y no nos creen que ya daremos a luz, pero quizá se aburren de ver a tantas mujeres llegar así con dolor de parto, por eso tratan mal, hay veces hasta lo ven normal que nos quejemos ya no sienten piedad por nosotras (Mujer de 43 años, no indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

Entre los antecedentes de violencia alguna vez y la ejercida por el esposo contra ellas durante el embarazo y el puerperio en relación con la violencia obstétrica del subgrupo 2, únicamente fue significativa la violencia de la pareja, pero no con las violencias alguna vez.

Cuadro 6. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y el reporte de violencia por el personal de salud durante el parto o el puerperio inmediato (violencia obstétrica del subgrupo 2)

(Ver anexo)

Subgrupo 3. Procedimientos médicos no autorizados o informados a las mujeres

En el cuadro 7 se muestran las variables de violencia obstétrica relacionadas con las intervenciones médicas no autorizadas; se refieren directamente a los procedimientos médicos y el tomar o no en cuenta la decisión de las mujeres sobre ellos. Las primeras dos se refieren a la anticoncepción temporal o definitiva: a) después del parto ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; b) durante la cesárea ¿le pidieron su permiso para ligarla? Las

dos siguientes están relacionada con la operación cesárea: c) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea? y d) ¿usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea? En las variables del grupo 3, la violencia obstétrica es ejercida por el personal médico (no de enfermería), debido a que son quienes toman la decisión sobre realizar estos procedimientos.

La violencia obstétrica de este subgrupo, aunque sin una asociación estadísticamente significativa, fue más frecuente en las mujeres indígenas a quienes en mayor proporción no se les pidió autorización o permiso ni para la anticoncepción ni para la operación cesárea (cuadro 7), violando con ello la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993.

Cuadro 7. Frecuencia de violencia obstétrica por la práctica de procedimientos no autorizados a las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 3) por etnia

(Ver Anexo)

Violencia ejercida por el personal de salud contra las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 3 de violencia obstétrica) y su relación con el antecedente de violencias vividas

El grupo de variables de violencia obstétrica del subgrupo 3 no se relacionó estadísticamente con ninguno de los antecedentes de violencia de pareja o por otras personas (alguna vez) (cuadro 8), evidenciando que no todas las expresiones de violencia obstétrica tienen asociación con violencias previas padecidas por las mujeres (revictimización).

Cuadro 8. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y el reporte de violencia por el personal de salud durante el parto o el puerperio inmediato (violencia obstétrica del subgrupo 3)

(Ver anexo)

Gravedad percibida de la violencia obstétrica ejercida contra las mujeres durante su último parto en unidades médicas

Para evaluar la gravedad percibida de la violencia obstétrica se utilizó la evaluación general de la atención del parto hecha por las mujeres, y la respuesta a la pregunta hipotética sobre si recomendarían o no a otras mujeres que atendieran su parto en la unidad médica donde ellas fueron atendidas.

Cuadro 9. Relación entre las variables de violencia obstétrica por subgrupos, con la valoración general del parto y si recomendaran o no a otras mujeres el servicio de salud donde fue atendida

(Ver anexo)

Las variables que influyeron más en la valoración negativa de la atención general del parto fueron, el que se les negara la anestesia o la aplicación de un bloqueo epidural sin explicación (100.0 %), seguido de que les dijeran cosas ofensivas o humillantes relacionadas con el placer sexual y el dolor durante el parto (75.0 %), y que les gritaran o las regañaran (57.1 %). Estas tres manifestaciones de violencia obstétrica grave corresponden al subgrupo 2; es decir a la violencia en la interacción con el personal de salud, específicamente con el de enfermería. Debe señalarse que estas tres expresiones de violencia obstétrica tuvieron una prevalencia relativamente baja: 1.9%, 3.7% y 6.7 %, respectivamente (cuadro 9), pero fueron manifestaciones graves de violencia obstétrica.

Pese a ello y a la cultura de maltrato en donde este se minimiza para poder sobrevivir ante la falta de opciones y probablemente por la indefensión aprendida asociada al *locus de control* interno (Galindo y Ardila, 2012)⁷ producto de experiencias repetidas de violencia en su trayectoria de vida, un porcentaje importante de las mujeres víctimas de violencia obstétrica dijeron que recomendarían a otras mujeres que se atendieran en la unidad médica donde su parto fue atendido. Las entrevistas permitieron observar que las mujeres consideran que ese tipo de maltrato es un “evento de suerte” (*locus de control* externo) y que no a todas las mujeres las van a violentar de la misma manera:

Pues a pesar de que me trataron mal sí lo recomiendo, porque es gratuito y cambia el personal de cada turno, y si tienen suerte les tocará personal buena gente, además aquí hay pocos hospitales públicos que nos atiendan no hay tanto dinero para pagar privados, por lo cual hay que aguantar los tratos del personal del hospital (Mujer de 43 años, no indígena, primer embarazo, Hospital de la Mujer).

O bien, porque el tener el parto en el hospital disminuye los riesgos para la madre y para el bebé, no

⁷ Galindo y Ardila (2012) indican que cuando un evento no es contingente con la conducta de una persona -como podría ser la violencia-, se suele atribuir a causas externas como la suerte, el destino o el poder de otros (*locus externo* de control); mientras que, cuando el evento es contingente a la conducta de la propia persona los eventos se asocian al propio control (*locus interno* de control) que tiende a ser menor en las mujeres.

obstante que sean violentadas:

Sí lo recomiendo, lo importante es que nazca nuestros hijos y estén bien, aunque aguanten malos tratos, es más seguro ahí porque cualquier cosa te ven y no afuera donde hay más posibilidad de que la atención no sea buena o te dejen morir a la mera hora y pues ahorita ya ninguna mujer quiere pasar por eso, tratan de ingresar a hospitales para ser atendidas aunque tengamos que estar esperando afuera por horas o nos tengan caminando (Mujer de 27 años, indígena, primer parto, Hospital de la Mujer).

También debe destacarse que las violencias del subgrupo 3 (intervenciones no autorizadas en anticoncepción y cesárea) que tuvieron prevalencias más altas respecto a las variables de los subgrupos 1 y 2, no influyeron negativamente en la valoración general del parto ni en la recomendación de no atenderse en la misma unidad médica donde fueron atendidas (cuadro 9).

Discusión y conclusiones

La violencia obstétrica ocurre en un ambiente que favorece un trato deshumanizado (Álvarez y Russo, 2016), asentándose peligrosamente sobre la violencia cultural en la que las mujeres se tienen que someter a las pautas y procedimientos institucionales, así como al poder y saberes del personal de salud, y a la violencia estructural donde no se está ofreciendo a las mujeres lo que ellas necesitan (información y acompañamiento respetuoso que reconozca el poder de decisión de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos) (García, 2018). Castro y Erviti (2015) en el análisis de las lógicas y prácticas del saber y poder del personal de salud en el campo hospitalario, introducen el concepto de ciudadanía reproductiva; es decir, la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Estos autores afirman que los casos de violencia obstétrica constituyen una violación a los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres que no pueden reducirse a un problema de calidad en la atención como lo manifiesta el discurso médico dominante, sino a la normalización de la violencia y la violación de la ciudadanía de las mujeres durante la atención materna institucionalizada.

Los resultados de este trabajo orientan a la reflexión sobre dos aspectos centrales para el estudio y la comprensión de la violencia obstétrica: a) la magnitud y gravedad de las violencias reportadas por las mujeres durante el parto en las unidades de

atención a la salud a través de sus narrativas, aunque de manera general sí recomiendan la experiencia de atenderse en el hospital, así como la importancia de la diferenciación del tipo de personal que la ejerce y cómo este es percibido por las mujeres, y b) la violencia obstétrica en su relación con otras violencias padecidas por las mujeres (revictimización), lo que permite enlazar el ámbito de la atención a la salud con otros espacios de la vida de las mujeres y con sus experiencias en el curso de vida.

Lo anterior no puede ser entendido sin la perspectiva de género en salud. En el interior de las familias, las relaciones entre sus integrantes se establecen de manera desigual en cuanto a la toma de decisiones, división sexual del trabajo y acceso y control sobre los recursos familiares; todo ello reforzado por el contexto normativo e institucional de género que tiende a legitimar la posición desigual de las mujeres dentro y fuera del hogar (Castro y Riquer, 2003). Además del ámbito familiar, se han acumulado evidencias que demuestran que los servicios médicos de atención a la salud reproductiva constituyen otro espacio donde se ejerce la violencia contra las mujeres (Castro y Erviti, 2015), lo que ha conducido a poner atención a la formación de las y los profesionales de la medicina (*habitus*, poder) (Sesia, 2017).

En cuanto al personal de salud, la reflexión no debe ser reducida únicamente a la formación médica y al *habitus médico* porque, aunque son importantes, también se encuentra el personal de enfermería (Fernández, 2007), sujeto a normas estrictas y en posición subordinada en la jerarquía médica que también está generizada. Ambos tipos de profesionales son agentes clave en el ejercicio o no de la violencia obstétrica, pero sus procedimientos no están desvinculados de las pautas con que se opera la atención en clínicas y hospitales.

Los resultados de este trabajo muestran que la violencia obstétrica es ejercida casi en su totalidad por el personal de enfermería, que es el más identificado por las mujeres en trabajo de parto como quienes ejercen violencia contra ellas (violencia obstétrica del subgrupo 2), a la vez que es el considerado por ellas como el más grave, lo que coincide con el tipo de quejas que llegan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). La posición subordinada del personal de enfermería al personal médico incorpora elementos normativos y valorativos que tiende a reproducirse en la jerarquía de poder en las unidades médicas en las que las mujeres en trabajo de parto son colocadas en la posición inferior de esta. Este ha sido un tema poco estudiado que podría ser incluido en estudios posteriores, adicionando el hecho de que entre el

personal de enfermería cada vez se incorporan más varones, llegando a hablarse de masculinización de la enfermería profesional (Osses et al., 2010).

En cuanto al personal médico, destaca que no todas las mujeres perciben como violencia que los médicos decidan realizar algunos procedimientos relativos a la anticoncepción o la operación cesárea sin tomarlas en cuenta o pedir su consentimiento. Una probable explicación es que existe una noción de riesgo durante el parto para la madre y su bebé, que es la principal razón por la que casi nueve de cada diez mujeres dijeron acudir a una unidad médica a atender el parto, lo que contiene de manera implícita que es el personal médico quien podría disminuir ese riesgo percibido en la medida en que ellos y ellas “saben” (violencia obstétrica del subgrupo 3).

Los resultados hacen evidente que, pese a la existencia de una clara normativa para la atención del parto en México (NOM-007-SSA2-2016), esta no se aplica, por lo que cabría cuestionarse qué tanta información sobre esa norma maneja el personal de salud, y aun si la conocieran ¿qué tan dispuestos están para aplicarla para evitar la violencia obstétrica? ¿y si las mujeres conocieran la existencia de esa norma y sus derechos durante la atención del parto?

El análisis desagregado para distintos subgrupos de expresiones de violencia obstétrica es importante para conocer su magnitud y expresiones, así como los distintos agentes de salud que la ejercen, lo mismo que para analizar su relación con las violencias vividas por las mujeres alguna vez en diversos espacios sociales, y por la pareja en el ámbito del hogar (Díaz y Fernández, 2018); estas últimas han mostrado un incremento de frecuencia en México (INEGI, 2011 y 2016). Adicionalmente, el análisis de la violencia obstétrica como una expresión más de violencia contra las mujeres debe ser entendida en su asociación con violencias previas ejercidas contra ellas. Nuestro análisis muestra que existe una cadena de asociación entre las violencias ejercidas contra las mujeres (revictimización) en por lo menos tres momentos: a) alguna vez (principalmente el abuso sexual), b) por la pareja durante embarazos y puerperio previos, y c) la violencia obstétrica (subgrupo 2) en unidades médicas. Ante esta situación se requiere no solamente de la búsqueda de la desarticulación de la violencia obstétrica (Castro y García, 2018), sino hacer efectiva la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (México)⁸.

8 La tipificación de la violencia obstétrica como delito fue precluida en 2015 (Sánchez, 2016:19), de tal manera que a nivel federal la violencia obstétrica solamente está tipificada en 5 de los 32 estados de la República mexicana: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz (Contreras, 2021).

Debido a la complejidad de los elementos que interactúan en la violencia obstétrica se requiere ir más allá del discurso generalizante para dar cuenta de los distintos y muchas veces invisibles elementos que confluyen en el ejercicio de la violencia obstétrica y en el no reconocimiento de esta por las mujeres. Al respecto, será importante realizar campañas de información sobre los derechos que tiene toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio en este país, para evitar que sean vistas por ellas como una dádiva para que tengan elementos para visibilizar o denunciar el maltrato, sobre todo entre quienes pertenecen a grupos indígenas (López y Bautista, 2017).

Referencias

- Álvarez, Me. Y Russo, P. (2016). *Violencia Obstétrica: Naturalización el modelo de atención Médico hegemónico durante el proceso de parto* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Digital Universitario UNC: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4514/Tesis-Violencia-Obst%C3%A9trica.-Alvarez-Russo%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arguedas, R.G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social significado y medida*. Ariel Sociología. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2019/07/Bericat-La-Integracion-de-Los-Metodos-Cuanti-y-Cuali.pdf>
- Bomzdina, E. (2014). The social organization of natural childbirth: The case of centerfor midwifery care. *The Journal of Social Policy Studies*, 12 (3), 413-426. <https://cyberleninka.ru/article/n/the-social-organization-of-natural-childbirth-the-case-of-center-formidwifery-care>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento: reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana sexualidad, salud y sociedad*, (24), 43-68. <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293349445003.pdf>
- Castro, R. Y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cuadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 135-146. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100015>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2), 169-197. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0188-25032014000200001>
- Castro, R. Y Erviti, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. *Centro regional de Investigaciones Multidisciplinarias*. <http://dx.doi.org/10.22201/crim.9786070287046e.2017>
- Castro, R. Y Frías, S.M. (2020). Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres En P. Quattrocchi Y N. Magnone (Eds.), *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias. Medición y estrategia* (pp. 01-231). Universidad Nacional de Lanús. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>
- Castro, R. Y García, C. M. (coord..) (2018). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Pulmen. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=767281>
- Catalán, M. M. (2006). El placer y el dolor en el parto, *Medicina Naturista*, (10), 578-588. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986334>
- Contreras, E. (2021). *Violencia obstétrica en México: parir entre humillaciones, golpes y procedimientos innecesarios*. Grupo de Información en Reproducción Elegida, AC. (GIRE). <https://serendipia.digital/datos-y-mas/violencia-obstetrica-en-mexico-parir-entre-humillaciones-golpes-y-procedimientos-innecesarios/>
- D'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16 (2), 127-132. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v16n2/a04.pdf>
- Davis- F. R. (2018). The midwifery model of care: anthropological perspectives En R. Davis-Floyd R. (Ed.) *Ways of knowing about birth: Mothers, midwives, medicine, and birth activism*. EEUU: Waveland Press.
- Díaz, G.L. Y Fernandez, My. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)* (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Esteban, M. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En C. Miqueo (Ed.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp. 22-39). Minerva Ediciones.
- Farma Mundi (2015). *Guía Equidad de género y salud. Guía introductoria*. <http://farmaceuticosmundi>.

[org/wp-content/uploads/2015/12/Equidad-de-genero-y-salud.pdf](https://www.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2015/12/Equidad-de-genero-y-salud.pdf)

Fernández, G. (2007). *Maternidad, violencia y el derecho de las mujeres a la vida en la región de los Altos del estado de Chiapas. En Memoria del taller internacional mujeres indígenas y violencia domestica: del silencio privado a las agendas públicas*. Comisión Nacional de Los Derechos Humanos.

Fernández, I. (2014). *La nueva revolución del nacimiento*. Obstore. <https://isabelfernandezdelcastillo.com/la-revolucion-del-nacimiento/>

Freedman, L.P. Ramsey, K. Abuya, T. Bellows, B. Ndwiaga, C. Warren, C. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin World Health Organization*, 92, 915-917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264393/>

Galindo, O. Y Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 381-407. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2189>

García, E. M. (2018). *Violencia obstétrica como violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio UAM: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf

Hartmann, A. E., Nazar-Beutelspacher, D. A. & Salvatierra-Izaba, E. B. (2020). Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. *Entreciencias*, 8 (22), 1-17. <https://www.scielo.org.mx/pdf/edsc/v8n22/2007-8064-edsc-8-22-e2275589.pdf>

Instituto Nacional De Estadística Y Geografía (INEGI) (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2011/>

Instituto Nacional De Estadística Y Geografía (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>

Instituto Nacional De Estadística Y Geografía (2020). *Censo de Población y Vivienda RESULTADOS 2020*. <https://www.inegi.org.mx/>

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación, publicado el 7 de abril de 2016. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, *De los Servicios de Planificación Familiar*. México: Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación, publicado el 21 de enero de 2004. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004#gsc.tab=0

Organización Mundial De La Salud (OMS) (2014) *Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Sinopsis*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.

Anexo

Cuadro 1. Características socioeconómicas y demográficas de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un embarazo en los últimos cinco años (2017-2021).

	Indígenas	No indígenas	Total	X ² , gl y valor de p
	n=48 %	n=62 %	n=110 %	
<i>Sabe leer o escribir un recado</i>				
Sí	96.8	100.0	98.6	2.448, 1 gl, 0.118
No	3.2	0.0	1.4	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Escolaridad</i>				
Ninguna	4.8	0.0	2.2	9.448, 6 gl, 0.150
Preescolar	1.6	0.0	0.7	
Primaria	23.7	17.1	20.1	
Secundaria	38.1	36.8	37.4	
Preparatoria	27.0	38.3	33.1	
Normal licenciatura	0.0	3.9	2.2	
Licenciatura profesional	4.8	3.9	4.3	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Actualmente asiste a la escuela</i>				
Sí	4.8	5.3	5.0	0.181, 1 gl, 0.893
No	95.2	94.7	95.0	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Alguna vez ha trabajado por un sueldo o recibido dinero por su trabajo</i>				
Sí	58.7	67.1	63.3	1.040, 1 gl, 0.308
No	41.3	32.9	36.7	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Trabaja actualmente y recibe dinero por su trabajo</i>				
Sí	49.1	52.4	50.9	0.127, 1 gl, 0.721
No	50.9	47.6	49.1	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>A dónde se fue a vivir cuando se unió con su pareja</i>				
Únicamente con su pareja	27.9	18.7	22.8	4.273, 2 gl, 0.120
Con la familia del cónyuge	41.0	58.6	50.7	
Con la familia de la cónyuge	31.1	22.7	26.5	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Con quienes vive ahora</i>				
Sola con hijos	7.9	6.6	7.2	5.152, 5 gl, 0.398
Padres de ella	14.3	14.5	14.4	
Pareja o esposo	0.0	3.9	2.2	
Pareja e hijos	38.1	47.3	43.1	
Pareja, hijos y otros familiares	27.0	21.1	23.7	
Sola con otros familiares	12.7	6.6	9.4	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Vive con primera pareja o es otra pareja</i>				
Primera pareja	75.5	78.9	77.3	3.195, 4 gl, 0.526
Segunda pareja	1.6	2.6	2.2	
Madre sola, nunca vivió con la pareja	18.0	10.6	13.9	
Primera pareja, es viuda	0.0	2.6	1.5	
Primera pareja, es separada o divorciada	4.9	5.3	5.1	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Cuanto tiempo tiene de vivir con su pareja (solo unidas actualmente)</i>				
	n=49	n=62	n=111	4.940, 4 gl, 0.294
Menos de 2 años	4.3	3.3	3.7	
2 a 4 años	26.1	14.8	19.6	
5 a 9 años	21.7	39.2	31.8	
10 a 19 años	37.0	36.1	36.5	
20 a 39 años	10.9	6.6	8.4	
Total	100.0	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 2. Características reproductivas de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron al menos un embarazo en los últimos cinco años (2017-2021).

	Indígenas	No indígenas	Total	X ² , gl y valor de p
	n=64 %	n=76 %	n=140 %	
<i>Edad a la primera unión</i>				
10 a 14 años	17.7	18.7	18.2	0.081, 2 gl, 0.960
18 a 24 años	64.5	65.3	65.0	
25 a 38 años	17.7	16.0	16.8	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Número de embarazos en los últimos 5 años</i>				
Uno	92.2	92.1	92.1	0.000, 1 gl, 0.986
Dos	7.8	7.9	7.9	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Tipo de parto en el último embarazo</i>				
Vaginal	75.0	73.2	74.0	0.860, 2 gl, 0.650
Cesárea	25.0	25.4	25.2	
Está embarazada actualmente	0.0	1.4	0.8	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Afiliada a algún servicio de salud</i>				
IMSS	1.6	2.6	2.2	3.908, 4 gl, 0.419
ISSSTE	3.2	0.0	1.4	
Seguro Popular	39.7	43.4	41.7	
Otro	1.6	0.0	0.7	
No es derechohabiente	54.0	53.9	54.0	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>Lugar de atención del último parto</i>				
Centro de salud	3.2	0.0	1.5	9.710, 7 gl, 0.206
Clínica del IMSS	3.2	5.6	4.4	
Clínica del ISSSTE	3.2	0.0	1.5	
Hospital o clínica pública	63.8	69.4	68.9	
Hospital o clínica privada	3.2	11.1	7.4	
Partera	17.5	11.1	14.1	
Casa (familiar o sola)	0.0	1.4	0.7	
Total	100.0	100.0	100.0	
<i>¿Quería atenderse ahí?</i>				
Sí/no	91.8	88.5	90.0	0.331, 1 gl, 0.565

Fuente: elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 3. Frecuencia de violencia obstétrica asociada a normas y procedimientos institucionales (subgrupo 1) por etnia

Variables de violencia obstétrica		Indígenas	No indígenas	Total	X ² , gl y valor de p
		n=48 %	n=62 %	n=110 %	
Subgrupo 1. Asociado a normas y procedimientos institucionales	<i>DURANTE SU ÚLTIMO PARTO...</i>				
	<i>la obligaron a permanecer en una posición incómoda</i>				
	Sí	14.6	14.5	14.5	0.000, 1 gl, 0.992
	No	85.4	85.5	85.5	
Total	100.0	100.0	100.0		

Fuente: elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 4. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y la percepción de la obligación de permanecer en una posición incómoda o molesta (violencia obstétrica del subgrupo 1)

		Durante el parto ¿la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted? (Sí/No) (Prevalencia)		X ² , gl y valor de p
Violencia ejercida por el esposo contra su pareja durante el embarazo, y puerperio	Durante sus embarazos ¿su pareja la maltrató? (n=101)			
	Sí (4.0 %)	75.0		
	No (96 %)	13.4		10.993, 1 gl, 0.001
	Total (100.0 %)			
	Cuando sus hijos acababan de nacer y hasta los 40 días ¿su pareja la maltrató? (n=89)			
	Sí (2.2 %)	100.0		9.335, 1 gl, 0.002
	No (97.8 %)	16.1		
	Total (100.0 %)			
Violencias vividas alguna vez por las mujeres	¿Alguna vez le pegaron o la golpearon? (n=102)			
	Sí (21.6 %)	31.8		
	No (78.4 %)	11.3		5.519, 1 gl, 0.019
	Total (100.0 %)			
	¿Alguna vez la insultaron o amenazaron? (n=107)			
	Sí (7.5 %)	37.5		
	No (92.5 %)	13.1		3.456, 1 gl, 0.063
	Total (100.0 %)			
	¿Alguna vez intentaron abusar sexualmente de usted? (n=109)			
Sí (4.6 %)	80.0		17.853, 1 gl, 0.000	
No (95.4 %)	11.5			
	Total (100.0 %)			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 5. Frecuencia de violencia obstétrica asociada relaciones interpersonales entre el personal de salud y las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 2) por etnia

Variables de violencia obstétrica	Indígenas	No indígenas	Total	X ² , gl y valor de p	
	n=48 %	n=62 %	n=110 %		
Subgrupo 2. Asociado a violencia obstétrica en las relaciones interpersonales entre el personal de salud y las mujeres en trabajo de parto	DURANTE SU ÚLTIMO PARTO...				
	<i>le dijeron cosas ofensivas o humillantes relacionadas con el placer sexual y el dolor de parto</i>				
	Sí	0.0	6.6	3.7	3.267, 1 gl, 0.071
	No	100.0	93.4	96.3	
	Total	100.0	100.0	100.0	
	<i>la ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé</i>				
	Sí	10.4	11.5	11.0	0.031, 1 gl, 0.861
	No	89.6	88.5	89.0	
	Total	100.0	100.0	100.0	
	<i>se negaron a anestesiarla o aplicarle un bloqueo sin darle explicaciones</i>				
	Sí	2.1	1.6	1.8	0.029, 1 gl, 0.864
	No	97.9	98.4	98.2	
	Total	100.0	100.0	100.0	
	<i>se tardaron mucho en atenderla aunque estaba gritando o quejándose mucho</i>				
	Sí	14.6	14.8	14.7	0.001, 1 gl, 0.980
No	85.4	85.2	85.3		
Total	100.0	100.0	100.0		

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 6. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y el reporte de violencia por el personal de salud durante el parto o el puerperio inmediato (violencia obstétrica del subgrupo 2)

		DURANTE SU ÚLTIMO PARTO:				
		¿Le gritaron o la regañaron? (sí/no)	¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes como: "así gritaba cuando se lo hicieron" o "cuando se lo hicieron ahí si abrió las piernas, no"? (sí/no)	¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé? (sí/no)	¿Se negaron a anestesiarla o aplicarle un bloqueo sin explicaciones? (sí/no)	¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba quejándose o gritando mucho? (sí/no)
Violencia ejercida por el esposo contra su pareja durante el embarazo, y el puerperio	Durante sus embarazos ¿su pareja la maltrató? (n=99)					
	Sí (4.0 %)	50.0	25.0	50.0	0.0	50.0
	No (96 %)	4.2	2.1	9.5	1.1	13.7
	Total (100.0 %)					
	X ² , gl y valor de p	14.136, 1 gl, 0.000	6.847, 1 gl, 0.009	6.383, 1 gl, 0.012	0.043, 1 gl, 0.837	3.938, 1 gl, 0.047
	Cuando sus hijos acababan de nacer y hasta los 40 días ¿su pareja la maltrató? (n=89)					
Sí (2.2 %)	100.0	50.0	100.0	0.0	100.0	
No (97.8 %)	4.6	2.3	10.3	1.1	13.8	
Total (100.0 %)						
X ² , gl y valor de p	28.303, 1 gl, 0.000	13.658, 1 gl, 0.000	14.508, 1 gl, 0.000	0.023, 1 gl, 0.879	10.961, 1 gl, 0.001	
Violencias vividas alguna vez por las mujeres	¿Alguna vez le pegaron o la golpearon? (n=101)					
	Sí (21.8 %)	13.6	0.0	22.7	4.5	27.3
	No (78.2 %)	5.1	5.1	8.9	1.3	12.7
	Total (100.0 %)					
	X ² , gl y valor de p	1.961, 1 gl, 0.161	1.160, 1 gl, 0.281	3.160, 1 gl, 0.075	0.954, 1 gl, 0.329	2.753, 1 gl, 0.097
	¿Alguna vez la insultaron o amenazaron? (n=105)					
	Sí (7.6 %)	0.0	0.0	12.5	0.0	12.5
	No (92.4 %)	7.2	4.1	11.3	2.1	15.5
	Total (100.0 %)					
	X ² , gl y valor de p	0.619, 1 gl, 0.432	0.343, 1 gl, 0.558	0.010, 1 gl, 0.921	0.168, 1 gl, 0.682	0.050, 1 gl, 0.823
¿Alguna vez intentaron abusar sexualmente de usted? (n=107)						
Sí (4.7 %)	40.0	0.0	20.0	0.0	40.0	
No (95.3 %)	4.9	3.9	10.8	2.0	13.7	
Total (100.0 %)						
X ² , gl y valor de p	9.603, 1 gl, 0.002	0.204, 1 gl, 0.652	0.407, 1 gl, 0.524	0.100, 1 gl, 0.752	2.587, 1 gl, 0.108	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 7. Frecuencia de violencia obstétrica por la práctica de procedimientos no autorizados a las mujeres en trabajo de parto (subgrupo 3) por etnia

		Indígenas	No indígenas	Total	X ² , gl y valor de p
		n=48	n=61	n=109*	
		%	%	%	
Subgrupo 3. Procedimientos no autorizados (anticoncepción, esterilización quirúrgica)	<i>Después del parto ¿Le colocaron un método anticonceptivo o la operaron o ligaron para que ya no tuviera más hijos sin preguntarle o avisarle?</i>				
	Sí	4.2	1.6	2.8	0.641, 1 gl, 0.423
	No	95.8	98.4	97.2	
	Total	100.0	100.0	100.0	
		<i>Durante la cesárea ¿le pidieron su permiso para ligarla?</i>	n=8	n=12	n=20
Sí	25.0	58.3	45.0	2.155, 1 gl, 0.142	
No	75.0	41.7	55.0		
Total	100.0	100.0	100.0		
Subgrupo 3. Procedimientos no autorizados (operación cesárea, esterilización quirúrgica transcesárea)	<i>Le informaron de manera que usted pudiera comprender ¿por qué era necesario hacer la cesárea?</i>	n=8	n=12	n=20	
	Sí	85.7	78.9	81.8	0.248, 1 gl, 0.618
	No	14.3	21.1	18.2	
	Total	100.0	100.0	100.0	
		<i>¿Usted dio permiso o autorización para que le hicieran la cesárea?</i>			
Sí	62.5	47.4	54.5	0.930, 1 gl, 0.335	
No	37.5	52.6	45.5		
Total	100.0	100.0	100.0		

* Una mujer se encontraba aún embarazada sin trabajo de parto.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 8. Relación entre el antecedente de haber sido víctima de violencias alguna vez y por la pareja durante el embarazo y el puerperio y el reporte de violencia por el personal de salud durante el parto o el puerperio inmediato (violencia obstétrica del subgrupo 3)

		DURANTE SU ÚLTIMO PARTO (vaginal o abdominal):			
		Después del parto ¿Le colocaron un método anticonceptivo o la operaron o ligaron para que ya no tuviera más hijos sin preguntarle o avisarle? (sí/no)	Durante la cesárea ¿le pidieron su permiso para ligarla? (sí/no)	Le informaron de manera que usted pudiera comprender ¿por qué era necesario hacer la cesárea? (sí/no)	¿Usted dio permiso o autorización para que le hicieran la cesárea? (sí/no)
Violencia ejercida por el esposo contra su pareja durante el embarazo, y el puerperio	Durante sus embarazos ¿su pareja la maltrató? (n=99)				
	Sí (4.0 %)	0.0	0.0	50.0	0.0
	No (96 %)	3.1	56.3	80.0	56.0
	Total (100.0 %)				
	X ² , gl y valor de p	0.129, 1 gl, 0.720	1.195, 1 gl, 0.274	0.964, 1 gl, 0.326	2.326, 1 gl, 0.127
Violencias vividas alguna vez por las mujeres	¿Alguna vez le pegaron o la golpearon? (n=101)				
	Sí (21.8 %)	9.1	66.7	100.0	75.0
	No (78.2 %)	1.3	41.2	79.3	51.7
	Total (100.0 %)				
	X ² , gl y valor de p	3.656, 1 gl, 0.056	0.669, 1 gl, 0.413	1.011, 1 gl, 0.315	0.768, 1 gl, 0.381
Violencias vividas alguna vez por las mujeres	¿Alguna vez la insultaron o amenazaron? (n=105)				
	Sí (7.6 %)	0.0	0.0	100.0	100.0
	No (92.4 %)	3.1	47.4	80.6	51.6
	Total (100.0 %)				
	X ² , gl y valor de p	0.252, 1 gl, 0.616	0.861, 1 gl, 0.353	0.473, 1 gl, 0.492	1.774, 1 gl, 0.183
Violencias vividas alguna vez por las mujeres	¿Alguna vez intentaron abusar sexualmente de usted? (n=107)				
	Sí (4.7 %)	0.0	sd	sd	sd
	No (95.3 %)	2.9	sd	sd	sd
	Total (100.0 %)				
	X ² , gl y valor de p	0.150, 1 gl, 0.616	sd	sd	sd

sd: sin datos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Cuadro 9. Relación entre las variables de violencia obstétrica por subgrupos, con la valoración general del parto y si recomendaran o no a otras mujeres el servicio de salud donde fue atendida

Subgrupos de violencia obstétrica	Variables (expresiones) de violencia obstétrica	Prevalencia (sí/no) %	Valoración general de la atención de su parto (n=109)				X ² , gl y valor de p	Usted ¿recomendaría el servicio de salud donde fue su parto ?	
			Muy bien/bien	Regular	Mal/Muy mal	Total		(sí/no) %	X ² , gl y valor de p
Subgrupo 1	DURANTE SU ÚLTIMO PARTO (n=109):								
	<i>la obligaron a permanecer en una posición incómoda</i>	14.7							
	Sí		62.4	18.8	18.8	100.0	11.300, 2 gl,	62.5	16.918, 1 gl,
	No		90.3	7.5	2.2	100.0	0.004	95.5	0.000
	<i>le gritaron o la regañaron</i>	6.5							
	Sí		14.3	28.6	57.1	100.0	52.085, 2 gl,	28.6	32.637, 1 gl,
No		91.1	7.9	1.0	100.0	0.000	94.8	0.000	
Subgrupo 2	<i>le dijeron cosas ofensivas o humillantes relacionadas con el placer sexual y el dolor de parto</i>	3.7							
	Sí		0.0	25.0	75.0	100.0	49.119, 2 gl,	50.0	7.707, 1 gl,
	No		89.4	8.7	1.9	100.0	0.000	91.9	0.006
	<i>la ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé</i>	11.1							
	Sí		41.7	33.3	25.0	100.0	23.647, 2 gl,	58.3	15.824, 1 gl,
	No		91.6	6.3	2.1	100.0	0.000	94.5	0.000
	<i>se negaron a anestesiarla o aplicarle un bloqueo sin darle explicaciones</i>	1.9							
	Sí		0.0	0.0	100.0	100.0	41.977, 2 gl,	100.0	0.219, 1 gl,
	No		87.8	9.4	2.8	100.0	0.000	90.1	0.640
	Total								
	<i>se tardaron mucho en atenderla aunque estaba gritando o quejándose mucho</i>	14.8							
	Sí		43.7	25.0	31.3	100.0	37.690, 2 gl,	53.3	27.356, 1 gl,
No		93.5	6.5	0.0	100.0	0.000	96.6	0.000	
Subgrupo 3	<i>Después del parto ¿Le colocaron un método anticonceptivo o la operaron o ligaron para que ya no tuviera más hijos sin preguntarle o avisarle?</i>	2.8							
	Sí		66.7	0.0	33.3	100.0	5.913, 2 gl,	100.0	0.332, 1 gl,
	No		86.7	9.5	3.8	100.0	0.052	90.0	0.564
	<i>¿No le informaron de manera que usted pudiera comprender ¿por qué era necesario hacer la cesárea?</i>	18.2							
	Sí		66.7	33.3	0.0	100.0	2.181, 2 gl,	100.0	0.764, 1 gl,
	No		81.5	11.1	7.4	100.0	0.336	88.5	0.382
	<i>¿Usted <u>no</u> dio permiso o autorización para que le hicieran la cesárea?</i>	45.5							
	Sí		72.2	22.2	5.6	100.0	1.540, 2 gl,	92.4	0.146, 1 gl,
No		86.6	6.7	6.7	100.0	0.463	88.9	0.702	
	<i>Durante la cesárea ¿ <u>no</u> le pidieron su permiso para ligarla?</i>	55.0							
	Sí		63.6	27.3	9.1	100.0	0.808, 2 gl,	57.9	1.287, 1 gl,
	No		77.8	11.1	11.1	100.0	0.668	42.1	0.257

Fuente: Elaboración propia con base en datos de trabajo de campo, 2021.

Citado. VÁZQUEZ MORALES, Fabiola; NAZAR BEUTELSPACHER, Austreberta; SALVATIERRA IZABA, Benito; ZAPATA MARTELO, Emma; SÁNCHEZ RAMÍREZ, Georgina (2023) "Violencia obstétrica en Chiapas, México: entre la revictimización, el saber médico y la suerte" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°41. Año 15. Abril 2023-Julio 2023. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 45-53. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/issue/view/524>

Plazos. Recibido: 17-06-2022. Aceptado: 04-03-2023