

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES ASISTIDAS POR ABORTO ESPONTÁNEO EN GUADALAJARA, MÉXICO: EXPRESIONES DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y AUTORITARISMO MÉDICO

Karla Alejandra Contreras-Tinoco¹

Correo electrónico: ctka_28@hotmail.com

1. Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social en CIESAS-Occidente. Profesora en la Licenciatura de Psicología, Departamento de Comunicación y Psicología, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 22/01/2018 Aceptado: 07/07/2018



RESUMEN

Objetivo

En este trabajo se analizan experiencias de violencia obstétrica ocurridas durante un aborto espontáneo de mujeres residentes en Guadalajara, México, y se interpreta cómo estas experiencias inciden en los tipos de parto que estas mujeres están escogiendo para sus embarazos actuales.

Método

El trabajo se realizó con una metodología cualitativa, mediante un diseño biográfico-narrativo. La recolección de datos consistió en recuperar relatos de vida y realizar entrevistas a profundidad a 4 mujeres residentes en Guadalajara que previamente experimentaron un aborto espontáneo. Las edades de las mujeres oscilan entre 20 y 28 años. Todas las participantes guardan en común que en ese aborto experimentaron violencia obstétrica de algún grado.

Resultados

Entre los hallazgos destaca que algunas manifestaciones de violencia obstétrica han sido: diagnósticos fallidos que llevaron a operaciones innecesarias que, en algunos casos, generaron la muerte del feto o pusieron en riesgo la salud de la madre; falta de sensibilidad y empatía ante las emociones expresadas por las mujeres tras el aborto; pruebas táctiles hechas por diferentes médicos.

Conclusiones

Con base a los resultados obtenidos, se puede concluir que las experiencias de violencia obstétrica previas de estas mujeres las han llevado a que en el embarazo actual planifiquen partos en servicios privados.

Palabras clave: violencia obstétrica; estado perverso; aborto.

ABSTRACT

Objectives

This paper analyzes experiences of obstetric violence that occurred during a spontaneous abortion of women living in Guadalajara, Mexico. Then, it interprets how these experiences affect the choice of the types of birth in the current pregnancies of these women.

Method

The research was carried out with a qualitative methodology through a biographical-narrative design. The data collection consisted in recovering life stories and conducting in-depth interviews with 4 women residents in Guadalajara who had previously experienced a spontaneous abortion. The ages of the women ranged between 20 and 28 years. All the participants have in common that in their first abortion they experienced some sort of obstetric violence.

Results

Among the findings, it must be pointed out that some manifestations of obstetric violence are the result of: failed diagnoses that led to unnecessary operations that, in some cases, caused the death of the fetus or put the mother's health at risk; lack of sensitivity and empathy for the emotions expressed by women after abortion; tactile tests made by different doctors.

Conclusions

Based on the results, it can be concluded that the experience of previous obstetric violence has led these women to plan their current pregnancy using private health services.

Keywords: Obstetric Violence; Perverse State; Abortion.

INTRODUCCIÓN

Entre el 2003 y el 2013 se incrementó la inversión pública destinada al Sistema de Salud en México; mientras en 2003 se destinaba el 2.4 % del producto interno bruto (PIB), en 2013 se otorgaba un 3.2 % a la salud en México. De primera impresión, este aumento parecería significativo, pero hay que poner en perspectiva estas cifras. Como indica la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2016), por un lado, dicho incremento no se ha visto reflejado en mejoras significativas a la salud ni a la calidad de los servicios de atención de la misma, probablemente porque lo que se destina para salud en México es una cifra mucho menor al porcentaje que sugiere la misma OCDE, la cual recomienda otorgar un promedio de 8.9 % del PIB; por otro lado, porque México es el tercer país que designa menor cantidad de su gasto público para salud, situándose solamente por debajo de Estados Unidos de América y Chile (OCDE, 2016).

Lo anterior implica que los recursos (humanos y materiales) nacionales para salud sean limitados, puesto que por cada 1000 habitantes hay 2,2 médicos practicantes y 2,6 enfermeras practicantes (OCDE, 2016), cifra bastante inferior a lo que pide la OCDE, que sugiere 3,3 médicos practicantes y 9,19 enfermeras practicantes por cada 1000 habitantes. En cuanto a las condiciones materiales de los hospitales y centros de salud mexicanos, Sesia (2017) sostiene que estos operan sobresaturados, con desabasto de insumos, medicamentos y materiales quirúrgicos. Además, hay una distribución inequitativa de recursos económicos entre los estados más ricos y los más pobres o marginados del país.

De igual modo, resulta inquietante que, de acuerdo con la OCDE (2016), los gastos de bolsillo de los mexicanos representan el 45 % de los ingresos del sistema de salud, cifra que sitúa a México como el país de la OCDE con el mayor porcentaje de gasto en salud por parte de sus individuos. Si bien las razones de esto no son claras, parece que están ligadas con la insatisfacción de los individuos con la calidad y accesibilidad de los servicios públicos, lo que los lleva a buscar atención privada. Cabe señalar que México es el país de la OCDE que tiene un mayor número de hospitales privados en comparación con el número de hospitales públicos (OCDE, 2016).

Especialmente en lo que a salud materna se refiere, cabe mencionar que en un periodo de 23 años en México se incrementó la cobertura de atención pública vinculada con la salud materna en un 19 %. En 1990, el porcentaje de atención era de 77 % y para el 2013, ya se contaba con un 96 % de cobertura (Sesia, 2017). No obstante este incremento, la

OCDE (2016) señala que es una de las áreas de atención que deben ser replanteadas y reformuladas, ya que persisten las diferencias en cuanto a igualdad, eficacia y calidad de atención entre los sistemas de salud pública y privada. Así, Castellanos (2015), basándose en cifras del INEGI (2010), sostiene que en 2010 hubo 1078 defunciones maternas por complicaciones en el embarazo y parto que pudieron haber sido prevenidas, informadas o disminuidas. La tercera razón de muerte materna fueron los abortos, situándose solo por debajo de la muerte por problemas de hipertensión y la muerte por complicaciones en el parto (Castellanos, 2015), lo que posiciona al aborto como un tema cuyos procedimientos, atenciones y formas de efectuarse deben ser comprendidos con mayor profundidad.

Una de las cosas cuestionables en cuanto a salud materna es la referente a la violencia obstétrica. Tan solo entre 2013 y 2014 se presentaron ocho denuncias de este tipo de violencia ante la Comisión de Derechos Humanos, recurriendo a esta instancia porque el Estado no había ofrecido respuestas para la defensa de los derechos humanos de las mujeres en estado de gravidez¹ (Sesia, 2017). Si bien diversos autores (Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017) sostienen que la violencia obstétrica se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres pobres, rurales o indígenas, es pertinente mencionar que la violencia obstétrica también está presente en mujeres no indígenas, de clases medias, así como residentes en las urbes, tal como afirman Da Silva-Carvalho y Santana-Brito (2017), quienes en un estudio realizado en Natal, Brasil, con mujeres parturientas de entre 18 y 36 años, encontraron que las mujeres habían recibido palabras y actitudes intimidantes y violentas por parte del personal médico durante sus partos.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: ENTRE LA PRÁCTICA MÉDICA Y EL ESTADO PERVERSO

Como indican diversos autores (Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2015; Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017), comúnmente cuando se habla de violencia obstétrica se hace alusión a un tipo de violencia de género naturalizada, que se caracteriza por agresiones u omisiones a los derechos humanos que se cometen por parte del personal de salud y que dañan o denigran a las mujeres durante los distintos momentos del embarazo (planificación familiar, aborto, embarazo, y/o parto). Sin embargo, hay debates en torno

¹ Como indica Sesia (2017), la Comisión de Derechos Humanos no tiene peso legal, pero sí moral, dado que coloca a México ante una presión internacional que puede llevar a las autoridades a que tomen medidas y acciones sobre los casos de violencia.

a las causas y motivos de la violencia obstétrica. Algunos autores (Camacaro et al., 2015; Da-Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017; Gutiérrez, 2017) refieren que este tipo de violencia se explica por el autoritarismo del quehacer médico y los procesos de poder/subordinación que se dan entre las mujeres embarazadas y los actores médicos (médicos, enfermeras, etc.). Este autoritarismo de los actores médicos provendría del *habitus* médico que incorpora prestigio, distinción y estatus, y que dota a la medicina de cierto poder/saber sobre la administración, disciplinamiento y control de la vida y salud de las poblaciones y los cuerpos. Esto se hace con base en conocimientos validados por la ciencia (Foucault, 2000), bajo los que se justifica la objetualización y biologización del cuerpo de las mujeres embarazadas (Urrea, 2012). Este autoritarismo médico sería el generador de vulneraciones, despotismos y denigraciones hacia los conocimientos, necesidades y sentires de las mujeres embarazadas durante los distintos momentos del embarazo. Además, dicho autoritarismo se lleva a cabo con la intención de posibilitar una mayor comodidad, facilidad, rapidez y seguridad al personal médico (Da-Silva-Carvalho y Santana-Brito, 2017).

Por su parte, otras autoras (Pulido, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017; Sesia, 2017) señalan que la violencia obstétrica, algunas veces, responde a condiciones estructurales más amplias e incorpora a otros actores aparte de los médicos y las enfermeras. Estas autoras advierten que muchos de los hospitales funcionan en pésimas condiciones (sobresaturación, desabastecidos de materiales, infraestructura en mal estado, poco personal médico, reducción de presupuesto federal para la atención de la salud) y médicos en precarias condiciones de contratación (largas jornadas de trabajo y hasta dos empleos), situaciones que determinan o, al menos, impactan en las formas de trabajar de los médicos y enfermeras. En esta lógica, Pulido (2017) remarca que los médicos están insertos en regulaciones internacionales, nacionales, disciplinares e institucionales de las que no les es fácil librarse y que se convierten en directrices de su quehacer institucional y su actuación dentro de los hospitales. Esto hace difícil sostener que los procedimientos, maneras de operar y las decisiones respondan únicamente a voluntades o elecciones del personal médico. En ese sentido, refiere Pulido (2017) que el Movimiento Nacional Mexicano llamado *#YoSoyMédico17*² hizo un pronunciamiento y un pliego petitorio para

² Pulido (2017) describe que este movimiento surgió en la ciudad de Guadalajara durante el 2014 como respuesta de los médicos a la orden de detención que se giró ese mismo año a 16 miembros del personal de salud del Centro Médico de Occidente por la muerte de un joven por una supuesta negligencia médica.

el gobierno federal en el que se exponía que acciones como encarcelar y juzgar al personal médico por negligencia, pérdidas humanas o violencia obstétrica criminalizan y responsabilizan únicamente a los médicos de lo que sucede en los hospitales, siendo el Estado también participe de negligencias y violencias, ya que no brinda las condiciones materiales, salariales ni los recursos humanos óptimos para ofrecer un trato oportuno, eficiente y de calidad. En ese mismo pronunciamiento, el personal de salud sostiene que la intención del Estado es la privatización de la salud.

Como se puede apreciar, el debate en torno a si la violencia obstétrica responde a un modo insensible de actuar y operar por parte los actores médicos o si responde a condiciones estructurales más amplias, en las que también hay un grado de responsabilidad de otros actores estatales, aún está abierto y es complejo. Lo que si es una certeza es que el Estado, derivado del estancamiento económico, los procesos de corrupción, la falta de planificación y otras razones, no destina el presupuesto necesario para asegurar la cobertura, calidad e igual accesibilidad a la salud para todos los mexicanos, convirtiéndose así en copartícipe de que se mantengan o incrementen las violencias y la inequidad social. En este sentido, se podría hablar de la existencia y continuidad de un Estado Perverso³ (Perace, 2010).

Como producto de este debate también se vuelve claro que la manera consensuada como actualmente se entiende la violencia obstétrica, y que se expuso al inicio de este apartado, necesita complejizarse y pensarse no solo como un tipo de violencia de género naturalizada como sostienen diversos autores (GIRE, 2015; Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017), sino como una producción compleja, cambiante, multifactorial, dinámica en la que se congrega la expresión de diversas manifestaciones de violencia (estructurales, institucionales, establecidas⁴, simbólicas y de género) (Pearce, 2010; Rodríguez y Aguilera, 2017).

Por otro lado, de acuerdo con Sesia (2017), la violencia obstétrica puede ser de dos tipos: física o psicológica. La violencia física se caracterizaría, por ejemplo, por

³ Cabe señalar que por «Estado perverso» Pearce (2010) entiende a un Estado que crea, permite, transmite y reproduce la violencia —o las interacciones violentas entre actores— a través sus redes de corrupción, sus estructuras organizacionales y sus políticas, las cuales acrecientan la inequidad social, tales como la privatización de la salud.

⁴ Por «violencia establecida» Pearce se refiere a un tipo de violencia que surge de las condiciones de exclusión, desigualdad e injusticia social que ocasiona que algunos sujetos vivan en condiciones de marginalidad, pobreza y inseguridades sociales, etc.

interrupciones del embarazo mediante el uso de procedimientos invasivos y/o medicamentos. La violencia psicológica se refiere a discriminación, humillación, regaño, falta de sensibilidad y trato deshumanizado. Algunas de las prácticas negativas que pueden considerarse como violencia obstétrica son: largos tiempos de espera para la atención, tactos vaginales por distintos médicos, trato deshumanizado durante el embarazo, patologización y medicación de los procesos reproductivos, la realización de cesáreas innecesarias y exploración no indicada y sin la debida analgesia del útero postparto (Camacaro et al., 2015; Castellanos, 2015; Freyermuth, 2015; Gutiérrez, 2017; Rodríguez y Aguilera, 2017).

Entre las consecuencias de la violencia obstétrica se encuentran una merma de los derechos humanos y sociales, se pone en riesgo la vida de la madre o el infante, sufrimiento físico, dolor emocional y traumas psicológicos para la madre, entre otros (Urruea, 2012). Además, Comaroff (2007) señala que ante la desresponsabilización del Estado en su tarea de preservar la vida y la salud de los sujetos, se pueden llevar a cabo procesos de exclusión y diferenciación aún más marcados, ya que los sujetos se insertan en la mercantilización de la salud y la vida. Esto hace que los sujetos se vuelvan consumidores de servicios, farmacéuticas y hospitales privados, que les aseguren el bienestar que el Estado no es capaz de brindar a sus ciudadanos. Sin embargo, solamente algunos sujetos pueden acceder a estos tipos de atención (los que tienen el capital económico para pagarlos), lo que acrecienta la brecha entre el bienestar y el malestar en salud e inserta a los sujetos dentro de las lógicas de la biopolítica⁵ y el biocapital⁶, así como en tramas de desigualdad, tensión y conflicto para conseguir estos recursos.

⁵ Por «biopolítica» entiendo, a partir de Foucault (2002), una forma de control del estado (y/o sus instituciones) que opera a través de la instalación de conocimientos, formas de administración y gestión de la vida vivible, generándose con ello el control de las prácticas de los sujetos. Lo anterior se realiza apelando a que los sujetos son responsables del cuidado de sí mismos, instalando y promoviendo tecnologías de cuidado de sí mediante las cuales los individuos cuidan su cuerpo y se piensan como responsables de prevenir y atender sus enfermedades y sus proyectos de bienestar.

⁶ Por «biocapital» Comaroff (2007) se refiere a como se ha mercantilizado la vida, y las medicinas y conocimientos sobre la vida se han convertido en objetos de venta y disputa entre farmacéuticas, patentes y hospitales, generándose con esto que la salud solamente pueda ser accesible para aquellos que pueden pagarla.

En vista de lo anterior, este trabajo tiene el objetivo de analizar experiencias de violencia obstétrica ocurridas durante un aborto espontáneo de mujeres residentes en Guadalajara, México, e interpretar cómo estas experiencias inciden en la elección de los tipos de parto que estas mujeres están llevando a cabo para sus embarazos actuales.

METODOLOGÍA

El trabajo se realizó con una metodología cualitativa y con un diseño biográfico-narrativo. Se recuperan relatos de vida y entrevistas a profundidad de 4 mujeres residentes en Guadalajara que previamente experimentaron un aborto espontáneo y que actualmente están embarazadas. Las edades de las mujeres oscilan entre 20 y 28 años. Todas las participantes guardan en común que experimentaron violencia obstétrica durante el aborto (Véase Tabla 1).

La selección de las participantes se realizó a través de un muestreo intencionado y se las contacto mediante redes sociales y hospitales públicos de la ciudad. Las entrevistas se realizaron en la casa de las participantes, en cafés o sitios elegidos por las mismas, tuvieron una duración de entre 1:15 minutos y 2:20 minutos, fueron grabadas y transcritas. Posterior a la realización de la entrevista, se elaboró un diario de campo, el cual también se usó como dato. El análisis de los testimonios se efectuó a través de un análisis hermenéutico-interpretativo. Se identificaron 3 categorías: a) discursos y emociones vinculados con el aborto, b) explicaciones de la violencia obstétrica y c) decisiones acerca de la atención de salud a partir de la experiencia de aborto; se llevó a cabo un análisis detallado de cada una de esas categorías y una comparación constante entre la literatura y los datos.

En cuanto a los aspectos éticos, conviene especificar que se obtuvo consentimiento informado escrito por parte de las mujeres entrevistadas. Además, se informó a las participantes acerca del objetivo y alcances de la investigación, así como de las características y duración aproximada de su participación. También se hizo énfasis en su derecho a no responder a las preguntas que les parecieran incómodas. Finalmente, los nombres de todas las participantes han sido sustituidos por pseudónimos, con la intención de resguardar su confidencialidad.

Tabla 1 Descripción de participantes

Nombre	Edad	Nivel educativo	Tiene pareja	Tipo de atención	Trabaja	Lugar de residencia
Elena	25	Nivel superior	Sí	Pública	No	Periferia de la ciudad
Ana Lucia	28	Técnico	No	Pública	No	Periferia de la ciudad
Rosaura	28	Superior	No	Privada	Estudiante de posgrado tiempo completo	Centro de la Ciudad
Alma	20	Secundaria	Sí	Pública	Sí	Centro de la ciudad

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los hallazgos de este trabajo están organizados en tres categorías. En la primera, se exhibe que la violencia obstétrica, en algunos casos, sí responde a un autoritarismo médico que se manifiesta mediante, por ejemplo, no ofrecer información precisa y suficiente a las mujeres sobre su estado de salud. En la segunda, se presenta como la violencia obstétrica está relacionada con condiciones de infraestructura e institucionales. En la tercera, se muestra como las elecciones del tipo de parto para los embarazos actuales de las participantes está ligada con las experiencias de atención médica previas.

La medicalización, los diagnósticos imprecisos y la desinformación: manifestaciones de la violencia obstétrica

Ana Lucia tuvo un primer embarazo atípico, ya que al día siguiente de enterarse que estaba embarazada fue hospitalizada porque sangraba sin parar. Algunos médicos decían que no estaba embarazada, otros que sí y unos más señalaban que quizá tenía SIDA o tuberculosis. Los médicos determinaron que era necesaria una operación. Ana Lucia firmó su consentimiento. Sin embargo, en ningún momento se le ofreció información ni

a ella ni a sus familiares de por qué o para qué era necesaria esa operación. Ana Lucia nunca tuvo claro el diagnóstico o los procedimientos quirúrgicos que se llevarían a cabo en su cuerpo. Finalmente, se descubrió que estaba embarazada de gemelos y perdió a ambos bebés, tal como se muestra en el testimonio de la informante en la Tabla 2.

Tabla 2 Fragmento de testimonio de Ana Lucia

«Mira a mi me habían dicho que era de urgencia, y pues yo firme a todo que sí, ¿qué hacía?, me dieron varios diagnósticos. ¿Qué cómo fue? Eh pues cuando yo me enteré que estaba embarazada, por prueba casera [...] al día siguiente empecé a sangrar, y pues yo me fui al seguro que está cerca de mi casa. De ahí ya no me dejaron salir, me llevaron a hacer varios estudios. Eh, me mandaron acá al hospital, de ahí me abrieron, me hicieron como una cesárea, eh yo escuché que decían que me habían abierto y que pues no me habían revisado bien antes. Cuando me abrieron me checaron y me dijeron que tenía un embarazo ectópico, que iban a ser dos, uno afuera y el otro adentro. Que el otro feto venía bien, este ahorita vengo a una consulta, te dan entre información y entre no» (Ana Lucia, 28 años).

Por su parte, Rosaura señala que durante su aborto no recibió los restos completos de su feto y asume que de haber estado su pareja presente eso no hubiera sucedido. En el discurso de Rosaura se alcanza a observar que ella atribuye el trato que recibió del personal médico al hecho de ser mujer, por lo que interpreta que, ante la presencia de un hombre (su esposo), el trato y manejo de los restos de su feto hubieran sido distintos. Conforme a la experiencia de Rosaura, se puede corroborar que la violencia obstétrica es una violencia que tiene componentes de género tal como sostienen diversos autores (GIRE, 2015; Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017). Es interesante el hecho de que Rosaura también describe que durante el proceso clínico de atención al aborto estuvo expuesta a dosis altas de medicamentos, lo que le hizo no poder tener una participación consciente, razonada y activa de su proceso de aborto (ver Tabla 3).

Tabla 3 Fragmento del testimonio de Rosaura

«Me dieron clonazepam pero en dosis muy altas y aun así me dolía, cuando yo salí estaba súper mareada, o sea fue anestesia local pero aparte el clonazepam que me dieron, yo salí súper mareada, de hecho voy a ser honesta contigo, yo no estoy segura si esto cuenta como violencia, no sé si sé si se diga violencia ginecológica, pero una de las cosas que yo digo: “ojalá Ernesto (su pareja) hubiera estado ahí conmigo” porque si el hubiera estado no hubiera pasado eso, cuando me dieron a mi hijo me dieron unos pedazos rojos que yo sé que venían de mí, pero yo estoy segura, estaba muy drogada, pero estoy segura de que vi que tiraron una parte de él (feto) a la basura, y yo no sé si me lo dieron todo, era un frasco oscuro, era un frasco, ni siquiera estaban preparados para eso, era un frasco chiquito y como no cabía todo lo que me sacaron porque ya tenía placenta, una parte yo sé que la tiraron a la basura, entonces es algo que me duele, son restos humanos y me duele pensar que no me lo dieron completo y yo sé que si mi ex hubiera estado ahí conmigo eso no hubiera pasado» (Rosaura, 28 años).

Si bien las experiencias de violencia de Rosaura y Ana Lucia pueden parecer distintas guardan en común el hecho de que recibieron poca información sobre los motivos de las acciones que se realizaban en su cuerpo o con los restos de sus fetos, es decir, que tuvieron poco acompañamiento, asesoramiento y explicación por parte del personal médico durante sus procesos de aborto. Esta manera de operar por parte del personal médico ha generado que estas mujeres tengan incertidumbre, inquietudes y preguntas irresueltas. Esta falta de explicación y claridad del personal médico tuvo efectos en los cuerpos de las entrevistadas, quienes fueron fuertemente medicalizadas o sometidas a cirugías sin comprender con precisión la causa de dichas operaciones, convirtiéndose estas experiencias en formas de violencia obstétrica física, ya que estuvieron expuestas a procedimientos invasivos y sobremedicalización (Sesia, 2007). Asimismo, los casos de Rosaura y Ana Lucia corroboran que la violencia obstétrica, algunas veces, obedece a una objetualización del cuerpo de las mujeres (Urrea, 2012), que es posible por el poder/saber que representa la medicina para la administración de la vida (Foucault, 2000) y por el autoritarismo médico (GIRE, 2015; Gutiérrez, 2017; Sesia, 2017).

Condiciones estructurales que marcan las maneras de atención a las embarazadas

Por otro lado, hay casos en los que las embarazadas han experimentado tristeza, desánimo y dolor emocional asociado a la atención médica, pero que no es responsabilidad absoluta del *habitus* médico. Por ejemplo, Elena experimentó durante su aborto violencia obstétrica, ya que estuvo expuesta a tactos vaginales realizados por distintos médicos, trato impersonal, y falta de sensibilidad a su momento emocional por la pérdida de su bebé. Esto se suma a que compartió espacio con mujeres que estaban dando a luz, lo cual acrecentó el sentir de tristeza en Elena, tal como lo expone en la Tabla 4.

Tabla 4 Fragmento de relato de Elena

«La pérdida de mi bebé fue a las 10 semanas [...] a mí me dieron dolores el día sábado por la mañana y me atendieron hasta el día domingo, estuve todo un día y llegaban, llegaban y llegaban mujeres que iban a parir, llegaban y llegaban muchísimas mujeres con infecciones de todo y yo veía y escuchaba bebés recién nacidos, y yo con mi dolor [...] mucho muy feo, sí muy feo, todavía me duele (se suelta a llorar) [...] y luego que pasen cinco médicos nada más hacerte tacto sin que te digan: “hija ¿cómo estás?, ¡buen día!”, y que luego no te digan nada y se vayan [...] vuelvan nada más hacerte tacto como si fueras una vaca [...] enfrentar eso y aparte de estar llorando una pérdida, no sé no quiero volverlo a vivir» (Elena, 25 años).

Sin embargo, si recordamos que los hospitales públicos cuentan con 1,6 camas por cada 1000 habitantes y tienen 2,2 médicos practicantes por cada 1000 pacientes (OCDE, 2016), o bien si retomamos el argumento de Sesia (2017) que sostiene que muchos de los hospitales mexicanos operan con infraestructura insuficiente, se podría entender con mayor complejidad el porqué de los tactos vaginales por distintos médicos, o bien por qué se colocan en una misma habitación mujeres que están a punto de parir, mujeres que están por abortar y embarazadas con infecciones de distintos tipos. Esto claramente no justifica lo que viven cotidianamente mujeres como Elena, pero sí permite comprender que la falta de sensibilidad, cercanía y empatía no proviene solamente de un *habitus* médico, sino que responde a las mismas condiciones bajo las que funcionan los hospitales en México.

Mientras que Elena cuando relata su experiencia de violencia obstétrica señala que vio estresados y llenos de trabajo a médicos y enfermeras, Alma hace énfasis en la gran cantidad de mujeres que estaban en espera de atención, en las pésimas condiciones en que se encontraban las instalaciones tanto en lo referente a limpieza, hacinamiento, falta de agua caliente, mal estado e insuficiencia de camas. Además, señala que su familia tuvo que proveerle de materiales que el hospital debiera poner a su servicio, por ejemplo, bacinicas (recipientes pequeños para líquidos). En la vivencia de Alma se alcanza a vislumbrar que las condiciones del hospital generaron que las mujeres no estuvieran en las circunstancias ni en los espacios óptimos, que el personal estaba estresado y sobrecargado de trabajo. Así lo narra Alma en la Tabla 5.

Tabla 5 Fragmento del relato de Alma

«Pues mal porque los doctores no me decían nada, había mucha gente, fue cuando el hospital estaba en alerta porque creo que había una infección en el civil nuevo y creo que estaban en esto de que el gobierno no les quería pagar ni nada y estaba cerrado el de la mujer y no sé cuantos más, y nomás estaba abierto éste. A mí los doctores la verdad me trataron muy bien, las enfermeras estaban muy estresadas. El aseo estaba mal, había muchas camas descompuestas, no había bacinicas, mi mamá tuvo que comprar una para mi porque no había, estaba todo ocupado porque había mucha gente. Dice mi mamá que varias se aliviaron en el baño porque había mucha gente, las enfermeras a algunas les preguntabas algo y payasas, “Es que hay mucha gente y no te puedo atender nada más a ti”, si era así como mala onda, yo decía “oye yo no tengo la culpa de que hubiera tanta gente”. Bueno y solo había agua caliente por las mañanas, porque a veces hay mucha gente, bueno a mi me tocó que hubiera mucha gente, y me quise bañar en la tarde y ya salía pura agua fría y así me dejaron bañarme, sí era también eso malo. De ahí se vio que trataban de hacer lo que podían, pero si el trato no fue muy bueno» (Alma, 20 años).

Los casos de Elena y Alma muestran que la violencia obstétrica, o lo que las mujeres entienden y experimentan como violencia, a veces es producto de las condiciones de infraestructura, falta de personal, falta de materiales y exceso de pacientes por médico.

Esto no responde a características, malas voluntades o comportamientos particulares del personal médico. En este sentido, cobran importancia recomendaciones como las de la OCDE (2016) de destinar mayores presupuestos para la salud en México o la observación de que hay pocas camas e insuficientes médicos y enfermeras por número de habitantes. También se vuelve relevante considerar que no todo lo que ocurre en los hospitales es producto de las voluntades de los médicos y enfermeras (Pulido, 2017).

De las experiencias de violencia obstétrica a la búsqueda de servicios privados de atención.

Elena tuvo un aborto en un hospital público hace aproximadamente un año y esa experiencia ha acarreado que en el embarazo que vive actualmente esté considerando atenderse y efectuar su parto en un hospital privado. Además, Elena relata que ha tenido problemas con su esposo porque él se resiste a que ella de a luz en un hospital privado, ya que no tienen dinero suficiente para costear los costos del hospital y de los médicos; sin embargo, Elena se ha mantenido firme y ha insistido en que ella no va a tener el parto del bebé que viene en camino en una institución pública, ha ido ya a un particular, porque no piensa exponerse nuevamente a las experiencias que vivió durante su aborto (véase la Tabla 6).

Tabla 6 Relatos de Alma y Elena acerca de sus futuras elecciones de atención de parto

«Tuve el primer sangrado y no pude ir a trabajar y mejor me fui al particular yo no fui al seguro social porque tuve una experiencia mala» (Elena, 25 años).

«Exactamente, pues sí pienso decirle y al grado que si de plano no me da seguridad pues me voy a ir a un particular porque pues sí a veces dicen: “es que no eres la única”, si pienso checar porque si he visto varios casos» (Alma, 20 años).

De igual manera, Alma, derivado de su experiencia de un primer aborto realizado en el sistema de salud público, decidió que para su embarazo actual evaluará con máximo detalle el tipo de atención que recibe en el servicio público y si no tiene la atención de calidad que espera y que le permita aminorar la incertidumbre recurrirá a la atención privada (véase tabla 6). Otra de las razones que motiva a Alma a pensar en la atención privada es que ha escuchado que ahí hay menos riesgos de sufrir violencia y maltratos

por parte del personal médico, además de que que ahí sí dejan que entren las parejas con ellas.

Los casos de Alma y Elena dan cuenta de cómo ante inconformidades e insatisfacciones con el sistema de salud público las mujeres realizan negociaciones familiares, a veces en medio de tensiones, peleas y sobreesfuerzos económicos para tener sus partos en sistemas privados de salud. Esto explica, en cierta manera, porque México es uno de los países con el mayor número de hospitales privados en razón con el número de hospitales públicos (OCDE, 2016), además que refuerza lo que reportan los médicos del sistema público mexicano a través del movimiento *#YoSoyMédico17*, quienes señalan que el Estado no destinada mayor presupuesto al sector salud porque quieren privatizarlo (Pulido, 2017).

Las experiencias de violencia obstétrica previas de estas mujeres las han llevado a que en el embarazo actual planifiquen partos en hospitales privados; lo cual podría explicar por qué México es el país con el mayor porcentaje de gastos en salud por parte de sus individuos, así como el que tiene el mayor número de hospitales privados relación al número de hospitales públicos (OCDE, 2016). Además, esta elección de hospitales privados por parte de las participantes evidencia que ante la des-responsabilización del Estado —en lo que a servicios de salud de calidad se refiere—, las mujeres se han vuelto consumidoras de servicios médicos privados y se han insertado en los campos del biocapital y el biopoder (Comaroff, 2007). Sin embargo, esta estrategia individualista para hacer frente a una violencia de género, estructural, establecida y simbólica, como lo es la violencia obstétrica, aumenta las brechas de bienestar entre las mujeres que pueden pagar por el servicio y las que no, y genera tensiones familiares para las que no pueden acceder a los servicios privados.

CONCLUSIONES

En este trabajo se mostró que, aun cuando se visibiliza y describe con mayor frecuencia la violencia que ocurre en los embarazos a término, también hay presencia de violencia obstétrica durante los abortos espontáneos. Asimismo, se confirmó que la violencia obstétrica está presente en mujeres con niveles medios y altos de educación, con edades alrededor de los 20 años y residentes en urbes.

Además, en los casos analizados en este trabajo, la violencia obstétrica opera mediante diagnósticos fallidos que llevaron a operaciones innecesarias, falta de sensibilidad y empatía ante las emociones expresadas por las mujeres luego del aborto, medicalización y pruebas táctiles hechas por diferentes médicos antes de la expulsión el feto. Todas estas experiencias de violencia obstétrica muestran efectos negativos, traumáticos y dolorosos en las mujeres, por lo que conviene seguir profundizando y estudiando con mayor detalle cómo y por qué ocurren estas manifestaciones de violencia obstétrica.

Finalmente, en base a los resultados de este trabajo, también se vuelve pertinente problematizar y complejizar la manera de entender y conceptualizar la violencia obstétrica, ya que, si bien es indudable que el personal médico tiene una importante responsabilidad en el tema, hay más actores implicados, por ejemplo, el Estado. Además, podemos concluir que implica múltiples formas de violencia (estructural, establecida, simbólica). En consecuencia, podemos afirmar tal y como se postuló en este trabajo que la violencia obstétrica es multifactorial y, por tanto, se deben estudiar todos los casos de violencia obstétrica de manera *situada*, sin criminalizar o responsabilizar *a priori* a algunos actores.

BIBLIOGRAFÍA

- CASTELLANOS-RIVERO, Alin. Índices de violencia obstétrica en México. En *Centro de Investigación Social Avanzada* [online]. México, 2015. [consulta: 10 de diciembre de 2017]. Disponible en: <<http://cisav.mx/violencia-obstetrica-en-mexico/>>.
- CAMACARO, Marbella, et al. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. En: *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2015, vol. 20, núm. 68, pp. 113-120.
- COMAROFF, Jean. Beyond Bare Life: AIDS, (Bio)Politics, and the Neoliberal Order. En: *Public Culture*. 2007, vol. 19, núm. 1, pp. 197-219.
- DA-SILVA-CARVALHO, Isaine y Rosineide, SANTANA-BRITO. Violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. En: *Enfermería Global*. 2017, vol. 16, núm. 3, pp. 71-79.
- FREYERMUTH, Graciela (coord.). *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. México. Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México/CIESAS, 2015.
- FOCAULT, Michael. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2002.
- FOUCAULT, Michael. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2000.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *Informe 2015. Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. Ciudad de México: GIERE, 2015.
- GUTIÉRREZ, Natividad. Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo. En: Saldaña, Abril, Lilia Venegas y Tine Davids (coords.). *¡A Toda Madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. Guadalajara: Instituto Nacional de Antropología/Editorial Ítaca/Universidad de Guadalajara, 2012.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México. Resumen Ejecutivo* [online]. Ciudad de México: OCDE, 2000, pp. 1-35. [consultado el 14 de diciembre de 2017.] Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf>.
- PEARCE, Jenny. Perverse state formation and securitized democracy in Latin America. En: *Democratization*. 2010, vol. 17, núm. 2, pp. 286-306.

PULIDO, Yasbeth. *La comunicación intercultural en la atención de la indígena embarazada en los hospitales civiles de Guadalajara*. Tesis doctoral no publicada. Dirigida por Sarah Corona. Universidad de Guadalajara, 2017.

RODRIGUEZ, Paulo y Laura, AGUILERA. Violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. En: *Musas*. 2017, vol. 2, núm. 2, pp. 56-74.

SESA, Paola. Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos de salud materna en México. En: Abril Saldaña, Lilia Venegas y Tine Davids (coords.). *¡A Toda Madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. Guadalajara: Instituto Nacional de Antropología/Editorial Ítaca/Universidad de Guadalajara, 2017, pp. 77-112.

URREA MORA, Fanny. El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género. En: *Revista Colombiana de Bioética*. 2012, vol. 7, núm. 1, pp. 97-110.