

LA CESÁREA RUTINARIA COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIAS DE MUJERES Y MÉDICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Routine Cesarean Section as a Form of Obstetric Violence: Experiences of Women and Physicians in a Public Hospital in Mexico City

Ana Prado Murrieta¹

Correo electrónico: ana.prado@uacm.edu.mx

1. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Profesora-Investigadora a tiempo completo en la Academia de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). (*Ciudad de México, México*)

Recibido: 25/03/2020 Aceptado: 02/12/2020



RESUMEN

INTRODUCCIÓN. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2019), el término violencia obstétrica hace referencia a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención al parto en los centros de salud, es una forma específica de violencia que constituye una violación a los derechos humanos. **OBJETIVO.** Esta investigación analiza la práctica de la cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica, ilustrando experiencias de mujeres y médicos. **METODOLOGÍA.** El estudio se realizó en un nosocomio materno-infantil público perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. La metodología empleada fue cualitativa, teniendo como técnica de investigación la entrevista semiestructurada. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** En el hospital estudiado existe una práctica injustificada de cesáreas que supera las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud. El discurso biomédico ilustra la existencia de una marcada visión biologicista y refuerza la creencia del parto como un evento patológico, de riesgo e incontrolable. Los testimonios muestran una cadena de abusos, maltratos y violencia que se traduce en la vulneración sistemática de los derechos humanos de las mujeres. **CONCLUSIONES.** En México, la práctica de cesáreas injustificadas es un ejercicio naturalizado de violencia, ligado a otras formas de abusos. La atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento ya que la violencia que viven las mujeres al atender sus partos se ha incrementado. Es urgente visibilizar este tipo de violencia e impulsar políticas en salud que transformen, dignifiquen y humanicen los servicios públicos de atención al nacimiento.

Palabras clave: violencia obstétrica; cesáreas rutinarias; modelo biomédico; parto.

ABSTRACT

INTRODUCTION. According to the United Nations (2019), the term obstetric violence refers to the violence suffered by women during childbirth in health centers. It is a specific form of violence that entails a violation of human rights. **OBJECTIVE.** This article analyzes the practice of the routine cesarean as a form of obstetric violence, illustrating experiences of women and doctors. **METHODOLOGY.** The study was carried out in a maternity-children's hospital belonging to the Ministry of Health of Mexico City. The methodology used was qualitative, with the research technique of a semi-structured interview. **RESULTS AND DISCUSSION.** In the hospital object of this study there is an unjustified practice of cesareans that surpass the recommendations issued by the World Health Organization. The biomedical discourse illustrates the existence of a strong biologicistic vision and reinforces the belief that childbirth is a pathological, risky and uncontrollable event. The witnesses show a chain of abuses, mistreatments and violence that lead to the systematic violation of the human rights of women. **CONCLUSIONS.** In Mexico, the practice of unjustified cesareans is a naturalized exercise of violence, linked to other forms of abuse. Biomedical care of childbirth is experiencing a moment of profound questioning as the violence that women suffer during childbirth has increased. It is urgent to expose this type of violence and promote health policies that transform, dignify and humanize the public services of childbirth healthcare.

Keywords: Obstetric Violence; Routine Cesareans; Biomedical Model; Childbirth.

INTRODUCCIÓN

Conceptualización de la violencia obstétrica

En Latinoamérica, el desarrollo y reconocimiento del concepto *violencia obstétrica* ha sido paulatino (CNDH, 2017). Un evento histórico para la región fue la *Primera Conferencia Internacional para la Humanización del Nacimiento*, celebrada en Brasil en el año 2000, donde un grupo cohesionado de activistas, investigadores y profesionales de la salud latinoamericanos se reunieron en respuesta a las altas tasas de intervenciones en el parto y el creciente reconocimiento de abusos hacia el parto de mujeres. *La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto* «RELACAHUPAN» fue fundada en esta reunión, liderando el debate sobre el derecho de las mujeres a un parto respetado dentro de la región. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir formalmente el concepto de «violencia obstétrica» a través de la *Ley Orgánica del Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia*, donde la violencia obstétrica se codifica como uno de los 19 tipos de formas punibles de violencia contra las mujeres y se describe como:

Artículo 15. «La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres». (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Profundizando, el término «violencia obstétrica» hace referencia a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud (ONU, 2019); es una forma específica de violencia que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (GIRE, 2015). La violencia que sufren las mujeres en los

servicios de salud es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (Magnone, 2006).

Jewkes y Penn-Kekana (2015) argumentan que se puede establecer paralelismos entre el maltrato de las mujeres en el parto y la violencia contra las mujeres en general, resaltando que la característica esencial de la violencia contra las mujeres es que proviene de la desigualdad estructural de género, es decir, de la posición subordinada de las mujeres en la sociedad en comparación con los hombres. Sadler visibiliza el componente estructural de la violencia obstétrica y la distingue de otras formas de violencia que tienen lugar en el ámbito hospitalario, situándola como una cuestión feminista, un caso de violencia de género, puesto que las mujeres, aunque estén de parto, siguen siendo personas sanas, y embarazo y parto no constituyen enfermedades, sino que deberían conceptualizarse como eventos sexuales (Sadler et al., 2016 en Goberna-Tricas, 2019).

La violencia obstétrica, debe de ser comprendida y explicada en clave de género, ya que el parto es un evento representativo de la sexualidad femenina, tanto que algunos testimonios de mujeres que sufren violencia obstétrica con frecuencia la experimentan e interpretan como un evento equiparable a una violación.¹

Prácticas contemporáneas de violencia obstétrica en México.

Menéndez (1990) plantea que «la medicalización consiste en el proceso a través del cual, toda una serie de episodios vitales que hasta en ese momento fueron parte de los comportamientos de la vida cotidiana, se convierten en enfermedades». Es decir, que dichos eventos pasaron a ser atendidos y explicados a través de técnicas y concepciones biomédicas caracterizadas por la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que le otorga la biología. Con su cada vez mayor y más compleja articulación con el mercado, se generan estrategias de publicidad que son subjetivadas y que conforman un biomercado marcado por la compulsión, en el cual el cuerpo y sus procesos serán intervenidos para el lucro. La atención biomédica del parto se ha modificado con el

¹ La autora Sara Cohen Shabot en su texto «Making loud bodies ‘feminine’: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence», acuña el término «Birth Rape» —violación de nacimiento— para referirse a «las metáforas que usan las mujeres en trabajo de parto al describir sus experiencias de violencia obstétrica». Como ejemplo, la autora cita los testimonios de dos mujeres al narrar los recuerdos de su parto: «Fue como una sensación de violación, completamente fuera de control. Mi cuerpo fue totalmente violado. Sentí que a nadie le importaba. Te pones ropa barata y mucho maquillaje y, si eres violada, es tu culpa»; «Sentí lo mismo con la cesárea, me estremece el recuerdo de estar atada a la mesa y ser completamente vulnerable a un hombre empuñando un cuchillo».

desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como a partir de las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y la tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención biomédica del embarazo y el parto. Ambos son entendidos como eventos patológicos que requieren vigilancia médica para detectar riesgos. Hernández y Echevarría (2014) refieren que autoras como Nancy Stoller y Brigitte Jordan, tras estudiar el parto hospitalario en Estados Unidos, le han otorgado diferentes atributos entre los que destacan: su tendencia a la medicalización; su abordaje autoritario y asimétrico; su obsesión por el control tecnológico y la fragmentación de los cuidados. Además, algunas investigaciones hablan del «encarnizamiento terapéutico», que se refiere al uso innecesario de procedimientos médicos y quirúrgicos y que se efectúan básicamente porque se tiene el poder para hacerlo (Castro, 2014).

En México, diversos autores han documentado la violencia que viven las mujeres en los servicios de Salud Reproductiva.² Estos argumentos nos hacen pensar que la atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento. Hay una naturalización de la violencia dentro de los hospitales. Desde la atención biomédica, el parto es visibilizado como una enfermedad para la cual es indispensable medicar y controlar. El modelo biomédico poco a poco se ha vuelto un procedimiento mecanizado y rutinario, fundamentado en ganancias económicas y reducción de los tiempos. Esta forma de atención ha traído graves problemas, siendo uno de ellos el alto índice de cesáreas no justificadas. Precisamente, es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya como una práctica de violencia obstétrica que vulnera los derechos reproductivos de las mujeres. La Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas ha considerado que millones de mexicanos se encuentran en situación de vulnerabilidad y discriminación, debido a factores inherentes a su condición porque

² De acuerdo con un rastreo hecho por el investigador Roberto Castro (2014), la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos (CEDH) han emitido más de 150 recomendaciones relacionadas con abusos en la atención de la salud reproductiva en los últimos 12 años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios. Por otra parte, de acuerdo con las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha confirmado que, del año 2000 al 2012, esta institución recibió 20 740 quejas, de las cuales 2,877 (14 %) correspondieron al área de ginecología y obstetricia, que ocupa, efectivamente, el primer lugar como especialidad con mayor número de quejas.

no reciben atención suficiente del Estado, porque este o algunos de sus integrantes violan sus derechos, o porque la sociedad ignora o desconoce su situación (ACNUDH-ONU, 2003).

Cesáreas rutinarias como una forma de violencia obstétrica

La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo (ONU, 2019). De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2015), los países nórdicos (Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), Israel y los Países Bajos tuvieron las tasas de cesáreas más bajas en 2013, que van del 15 % al 16,5 % de todos los nacimientos vivos; mientras que Turquía, México y Chile tuvieron el más alto, con tasas que van del 45 % al 50 %. América Latina es la región donde se concentran las tasas más altas de cesáreas en el mundo, con varios países por encima del 40 % y Brasil liderando la tendencia con 54 % (Sadler et al., 2016).

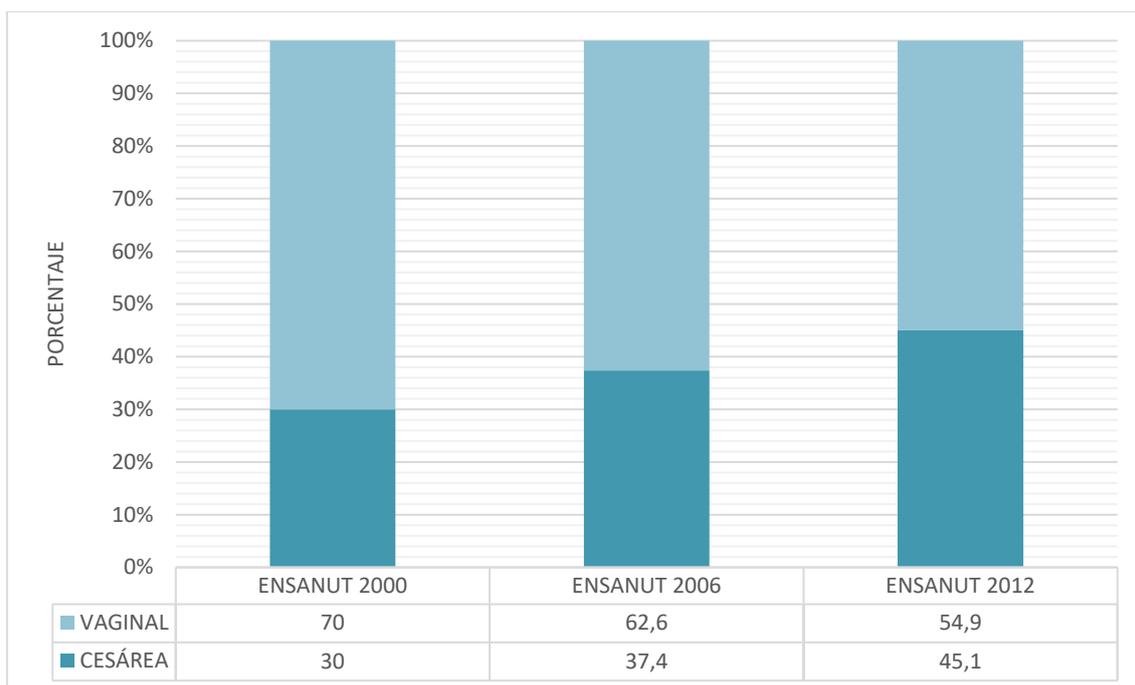
Actualmente, el número de cesáreas se ha incrementado de forma importante en México, llegando en los últimos años a equipararse casi al número de nacimientos por vía vaginal y convirtiéndolo en uno de los países con mayor número de cesáreas del mundo. Aunque en principio la cesárea es un procedimiento relativamente seguro e indispensable en algunas situaciones, cuando se realiza sin indicación médica presenta mayores tasas de morbilidad de madres e hijos que las observadas en los nacimientos por parto vaginal, es decir, los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud. En los últimos años se ha observado un excesivo intervencionismo médico en todos los ámbitos gineco-obstétricos, así como en todos los aspectos relacionados con la maternidad (García, 2015).

Las recomendaciones acerca de cuántos procedimientos por cesáreas son aconsejables para no cometer abusos con este método cambian según las instituciones a las que nos refiramos (García, 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15 % y la «NOM-007-SSA2-2010», *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de*

la persona recién nacida, establece un máximo de 15 % en hospitales de segundo nivel de atención y de 20 % en los de tercer nivel. La literatura científica internacional en esta área ha demostrado que, cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres (Suárez et al., 2013).

La normalización del nacimiento por cesárea en México es un problema de salud pública (García, 2015); en el año 2009, la Secretaría de Salud informó un total de 2 188 592 nacimientos, de los cuales el 41 % ocurrió por cesárea. En la figura 1, podemos observar que, en México, de acuerdo con la información de las Encuestas Nacionales de Salud, existe un incremento en los nacimientos por cesárea de 30 % en el año 2000 a 45,1 % en 2012. Estas estadísticas representan un incremento del 50,3 % en últimos doce años (Suárez et al, 2013).

Figura 1. Incremento de las cesáreas en México, ENSANUT 2000, 2006, 2012.



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

± p< 0.001.

Fuente: Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México (Suárez *et al*, 2013).

García (2015), en su artículo «Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México», estudió el número de nacimientos por parto y cesárea a partir de la evolución y

pronóstico en el periodo 2008-2013. La autora expone que, analizando los certificados de nacimiento y realizando una proyección, el caso de México es particular en este sentido, al presentar en 2013 un total de 46 % de cesáreas respecto al total de nacimientos, ubicándose a la cabeza mundial del *ranking* de nacimientos por cesárea, por lo que podemos concluir que a medio plazo los nacimientos por cesáreas superaran al total de nacimientos por parto en el país.

Dentro del sistema de salud, se reconoce que un parto natural tiene un menor costo. Sin embargo, las cesáreas han aumentado y se justifican con argumentos como la «rapidez del procedimiento» y la «sobredemanda de los hospitales». Para el año 2012, el porcentaje de cesáreas por institución a nivel nacional fue: Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 67.56 %; Petróleos Mexicanos (PEMEX) 60.59 %; Secretaría de Marina (SEMAR) 58.89%; Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) 38.49 %; Secretaría de Salud (SSA) 34.66 %; Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 32.16 % —vale la pena recordar que lo recomendado por la OMS, es entre 10-15 % (GIRE, 2015). De acuerdo con información del IMSS del mismo año, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización son de \$17, 400 pesos y de \$21, 600 pesos, respectivamente.³ El incremento de las cesáreas en México claramente está relacionado con las ganancias que reciben los hospitales privados. En estos hospitales, los nacimientos se venden como «paquetes de parto sin dolor» que incluye parto programado, suites para el parto, quirófano y cuero. En el hospital privado ABC, un parto programado por cesárea tiene un costo de alrededor de: \$43,900 pesos (Paz, 2018). Cabe mencionar que para el año 2012 la tasa de cesáreas en clínicas particulares era de 69.6 %.

Por lo tanto, el aumento de las cesáreas puede considerarse como un proceso en el que las mujeres finalmente reciben menos información y menos opciones y en el que los obstetras se apropian del papel central del parto a expensas de las mujeres. Para muchas mujeres, una cesárea que podría haberse evitado es una violación de su integridad corporal (Castro, 2019). Bajo este marco introductorio, el objetivo del presente artículo es estudiar el ejercicio de la cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica

³ Investigadores de la Universidad de Guadalajara (México) documentaron los costos unitarios del parto vaginal y del parto por operación cesárea de un hospital general regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Jalisco, donde los resultados mostraron que el costo promedio para la atención del parto vaginal en el HGR fue de \$1 954,66 pesos, mientras que para la operación cesárea fue de \$5 763,23 pesos, con una diferencia de \$3 808,57 pesos (González et al., 2011).

mostrando la experiencia de médicos participantes, pero sobre todo privilegiando las vivencias de las mujeres protagonistas del nacimiento.

METODOLOGÍA

La metodología empleada fue cualitativa, bajo la perspectiva fenomenológica, tomando como eje la experiencia vivida por los participantes involucrados en la atención al parto. Bajo el entendido de que la particularidad de los estudios cualitativos radica en la comprensión de los significados y las relaciones de la problemática centrada en las personas y en el escenario estudiado, sin importar tanto la representación estadística de los hechos (Amezcuá y Gálvez, 2002), por lo que la importancia de los datos radicó en la naturaleza testimonial de las experiencias expuestas por los participantes. El estudio se desarrolló en un hospital materno-infantil público, perteneciente a la Secretaría de Salud de la CDMX. El nosocomio se localiza en San Miguel Topilejo, municipio ubicado al sur de la Ciudad de México, en la alcaldía Tlalpan. La población de la zona es de escasos recursos, pues, de acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población, el 60 % de la población de Topilejo está clasificada con un índice de marginación muy alto; otros datos muestran que en el año 2000 únicamente el 29 % de la población contaba con derechohabiencia, y para 2010 el INEGI reportó un incremento del 47.64 %, la mayoría afiliada al seguro popular de salud⁴ (SEDESA, 2019).

La técnica de investigación fue la entrevista semiestructurada, dirigida a dos grupos: *Grupo A. Médicos ginecobstetras*, trabajadores del hospital; *Grupo B. Mujeres*, pacientes del hospital. En total se realizaron seis entrevistas, fueron aplicadas por la investigadora, de manera personal y se desarrollaron dentro de la institución hospitalaria (tres entrevistas dirigidas a médicos y tres entrevistas con mujeres). Se contó con el permiso del hospital y el respectivo comité de bioética para realizar la investigación. El muestreo de los participantes fue discrecional o intencional. En el caso de los médicos, los participantes

⁴ El Sistema Nacional de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como Seguro Popular de Salud, propuesto y aprobado en el sexenio de Vicente Fox (2000-2006). Se planteó como un nuevo esquema de aseguramiento público para la población que no contaba con acceso a mecanismos de protección social en salud como es la seguridad social, es decir, fue pensado para la población más vulnerable. Desde su implementación, el Seguro Popular ha sido objeto de fuertes críticas por parte de diversos actores. La investigadora Asa Cristina Laurell, en el año 2003, publicó el libro *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, en el cual se reflexiona profundamente sobre el papel del Seguro Popular. Uno de los puntos más cuestionables de este esquema de salud es que su implementación se ha visto como un vehículo para privatizar y mercantilizar la salud (Laurell, 2013).

fueron referidos por el director del hospital, el criterio de selección fue que se encontraran como personal de base en el nosocomio y que tuvieran la especialidad en ginecología y obstetricia; las participantes mujeres fueron contactadas por la jefa de enfermeras, el criterio de selección fue que hubieran tenido un parto por cesárea y que por decisión propia quisieran participar en la investigación. La entrevista se realizó horas después del parto, cuando las mujeres estaban en servicio de hospitalización, estables y antes de que fueran dadas de alta del nosocomio. Todas las entrevistas fueron nombradas con orden numérico para resguardar el anonimato de los participantes.

Con el propósito de recuperar la experiencia discursiva de médicos y mujeres, se elaboró un guion para cada grupo de participantes, centrado en dos categorías: *a) el discurso y los significados de los médicos entorno a la cesárea* y *b) la experiencia de las mujeres que vivieron la cesárea*. Para llevar a cabo el análisis se transcribió cada una de las entrevistas y posteriormente se elaboró el análisis cualitativo basado en las siguientes fases: a) Descubrimiento (buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles); b) Codificación (reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones); y c) Relativización de los datos (interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos) (Amezcuca y Gálvez, 2002).

El estudio estuvo guiado por el principio de consentimiento informado, que es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. La toma de decisión fue sin ningún tipo de coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos. El consentimiento informado se transmitió de manera oral y escrita. Los formatos de consentimiento utilizados para el estudio fueron: carta de presentación para participar en la investigación dirigida al hospital; carta de consentimiento informado para los participantes entrevistados; carta de consentimiento para autorizar la audio grabación.

RESULTADOS

En este apartado se analizaron dos aspectos relacionados con la violencia obstétrica: a) el discurso y los significados médicos entorno a la cesárea y b) la experiencia atendidas en la institución hospitalaria.

a) Discursos y significados por parte del personal médico.

El pensamiento médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto entidades definidas y producidas por causas únicas. Prevalece una fuerte concepción biologicista del embarazo y el parto, estos eventos de la vida de la mujer se visualizan como patologías. Para los médicos el embarazo se concibe como una situación de alto riesgo donde existe una clara necesidad de supervisión y control por parte del personal calificado:

El embarazo... alguna vez me lo comentaron... Me acuerdo la primera vez que lleve ginecología, ahorita haciendo memoria de eso, decían que el embarazo es un atentado contra la vida, el embarazo pone totalmente en un desorden todo el sistema fisiológico de la madre (Médico 3).

De acuerdo con lo referido por el personal médico, el porcentaje de cesáreas practicado en el hospital es de 60 a 70 %.

Uy... Pues hay muchas cesáreas, muchísimas, aquí lo más común es por ruptura prematura de membranas, por toxemia en el embarazo, por meconio, o sea sufrimiento fetal agudo, este... pues son los más comunes. Desde el punto de vista médico... ja, ja, ja [risas], la cesárea es mejor, por rapidez, de 20 partos, 15 mujeres terminan en cesárea (Médico 2).

El porcentaje de cesáreas de este hospital...Ups... Pues hasta la última vez que me enteré estamos en un 60% cuando deben de ser menos de 45% de las cesáreas, pero estamos en un nivel muy alto, está entre el 65 y 70% (Médico 3).

Entre las principales justificaciones del personal de la institución sobre la realización de este procedimiento se encuentran: la falta de personal, la rapidez del procedimiento, y la falta de cuidados de la propia mujer:

En el hospital se usa la cesárea por falta de personal, es una indicación muy frecuente, falta de personal, me refiero es... Hay pacientes que a lo mejor están en el límite, ya es un embarazo de término que ya no han evolucionado correctamente y si no tienen trabajo de parto, y llegan a valoración y uno sabe que no va a haber médico de noche, que pueda llevarles un seguimiento de control de parto, o que no sabemos si va a haber anestesiólogo en días posteriores, ese tipo de cosas, entonces... es preferible si se tiene el recurso y

si no evoluciona a las 42 semanas operarla, para mejorar el pronóstico del producto sobre todo, el porcentaje de cesáreas yo creo que serán, yo creo que son 50 y 50 o tal vez un poquito más un 60 y 40, o sea más cesáreas que partos (Médico 1).

Cabe señalar que en muchas veces se culpabiliza a las pacientes por dicha intervención como lo muestra el siguiente testimonio:

Hay un alto índice de operación cesárea, y todo es responsabilidad de las pacientes, la cesárea ocurre por las complicaciones durante el embarazo, entonces si cumpliesen con todo su tratamiento en el prenatal, pues yo creo que serían partos normales, pero por ejemplo hay toxémicas, hay hipertensas, y todo como te comentaba se puede prevenir si se detecta a tiempo, con dietas, con control, con todo eso se puede llegar a un feliz parto, ¿no? Pero finalmente hay una alta incidencia de operaciones cesáreas porque no se sujetan a su tratamiento como debe de ser (Médico 2).

b) Experiencias de mujeres atendidas en un hospital público.

El control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva ha estado presente en los últimos decenios. Dos razones suelen explicar este hecho. La ginecología históricamente ha asumido el cuerpo femenino como patológico o defectuoso y las bajas tasas de natalidad que imponen la necesidad de controlar todos los embarazos y partos para que lleguen a buen término, lo que constituye un medio indirecto de control social de las mujeres que abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (García y Díaz, 2010).

Durante el parto, me lastimaron muy feo, cuando me hacían pujar, me metían una mano y me abrían así, parece que era porque me estaban ayudando, estaba yo así pujando, y el doctor cada que pujaba yo, metía sus dedos de este lado y de este lado de mi vagina y me abría, que para que me ayudara a expulsarlo, eso me lastimaba muchísimo. No me aviso que me iba a hacer esto, ya me lo dijo después, cuando le dije que me dolía, me dijo: «este... pues es que le tiene que doler, o si no quiere tener a su hijo pues ahí se lo dejamos y yo me voy», luego, pues ya me aguante y ya no le dije nada. Poco tiempo después me practicaron la cesárea (Mujer 2).

Las pacientes refieren que no se les brinda ninguna información relacionada con el procedimiento al cual serán sometidas:

Entonces yo voltee y le pregunté a la doctora: «¿me va a hacer cesárea o que va a pasar?» Y no me contestó, no me contestó, entonces en ese momento, le gritó al camillero: ingreso. Entonces, yo le dije: «¿pero ¿qué me van a hacer?, ¿me van a hacer cesárea, o me van a hacer que tenga labor de parto, o qué va a pasar?», y me dice: «Tú deber es guardar silencio y obedecer, no preguntar». Después llego otra doctora y me explicó: mira, por tu peso, y por la grasa, no vas a poder tener un parto normal. Esperemos que no tengas ninguna complicación, todo puede pasar por no cuidarte y me regañó un buen rato. Me dijo que la cesárea era primero por mi peso, por mi obesidad, segunda porque tu cuello uterino está muy reducido (Mujer 3).

Las entrevistadas refirieron la insistencia por parte del personal médico para optar por un método anticonceptivo definitivo, en el caso de las mujeres jóvenes (adolescentes), frecuentemente fueron cuestionadas sobre su vida sexual y su responsabilidad, hubo criminalización y repudio hacia el embarazo adolescente:

Las enfermeras me insistieron mucho en que me operara. La doctora me insistía mucho, opérate, es mejor que ya no tengas hijos. Con tu obesidad imagínate pasar por otra cesárea (Mujer 3).

DISCUSIÓN

En el campo de la investigación, el término *violencia obstétrica* es de uso limitado e indefinido. Coincido con Castro (2014), que argumenta «el principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización ya que, desde el campo médico, la violencia obstétrica es vista como un problema gerencial y básicamente de *calidad de la atención*». Tal como apunta Goberna-Tricas (2019), «una de las razones por las cuales el término violencia obstétrica no está más extendido es que los profesionales de la salud se resisten al uso del concepto de violencia, que es contrario a su ethos». En este sentido, un planteamiento relevante de esta investigación fue aproximarnos al estudio del abuso de la cesárea como una forma de violencia obstétrica desde un enfoque de género, privilegiando las vivencias de las mujeres.

En el caso de México, autores como García (2015) y Suárez et al. (2013) evidencian el incremento en el número de cesáreas a nivel nacional, convirtiendo esta situación en un problema de salud pública. De acuerdo con los datos recabados, en el hospital de estudio, existe una práctica rutinaria de cesáreas, el personal médico menciona que el

porcentaje de cesáreas practicado en la institución es de 60 a 70 %, porcentaje muy encima de lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (la cual, recomienda entre 10 y 15 %). Entre las principales justificaciones médicas sobre la realización de este procedimiento, se hallan: la carencia de personal, la rapidez del procedimiento y la falta de cuidados de la propia mujer. Además, es importante referir lo que argumenta Garcia (2015): «los motivos por los cuales se práctica la cesárea rutinaria son variados, pero existe un incremento de la misma debido a las ventajas lucrativas y a la reducción del tiempo en el trabajo médico, pero sobre todo a la institucionalización y medicalización de la maternidad». Precisamente es el abuso generalizado de esta técnica lo que ha hecho que se la incluya como una forma de violencia obstétrica.

a) Poder biomédico/ Cascada de intervenciones medicalizadoras.

Granados, Hernández y Olvera (2017) aducen que «la práctica médica ejerce su poder sobre el cuerpo social e individual, cosificando el cuerpo y fragmentándolo para su estudio e intervención, y haciéndolo depositario de normas». La investigación de campo documenta que el poder biomédico se caracteriza por una marcada visión biologicista; el cuerpo femenino es visto bajo el modelo del *cuerpo-máquina*, es un objeto que en sí mismo —para el orden social y de género— representa una *disfuncionalidad*. Dentro del contexto hospitalario, fueron muy presentes los actos normalizados de poder biomédico. Entre las evidencias más documentadas se encontraron: calificar a las mujeres como incultas e incapaces de participar en los cuidados de su propio cuerpo; la fragmentación de los cuidados médicos; el distanciamiento en la relación médico-paciente; y como práctica de control social, las estrategias de control de natalidad.

Foucault (2007) señala «la medicalización es el proceso mediante el cual la medicina moderna convierte algunos objetos en sus objetivos abarcando en su ámbito de intervención fenómenos no vinculados ni inmediata ni necesariamente a la salud o la enfermedad pero que, para justificar su apropiación, requieren de un proceso de anormalización», es decir, construirlos ya no como simples hechos infrecuentes o vergonzosos para la moral predominante, sino como verdaderas patologías. Los testimonios recabados en la investigación refieren una tendencia medicalizadora del parto. Muestran que el pensamiento biomédico conceptualiza a la maternidad (embarazo/parto) como un evento patológico. En particular, el parto es visto como un

evento *de riesgo e incontrolable* donde la cesárea representa la principal *tecnología de control biomédico*.

De acuerdo con Pérez y Gérvas (1999), «el aumento de la tasa de cesárea es el punto final a la medicalización innecesaria del embarazo y del parto, es una forma de *encarnizamiento diagnóstico y terapéutico*». Un hallazgo de la investigación sustentado en el testimonio de las mujeres fue mostrar que la práctica de cesáreas no es una intervención aislada. La cesárea forma parte de una *cascada de intervenciones* donde las mujeres de manera protocolizada y mecanizada pasan por una serie de procedimientos habituales: *episiotomía, maniobra de kristeller y estrategias de control de natalidad*. Además, las mujeres viven otras formas de violencia simbólica: violencia verbal; falta de información sobre los procedimientos; y culpabilización. Hernández y Echevarría (2014) explican que el parto constituye también un evento paradigmático de protocolización-mecanización de la atención clínica «el contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto, no en el proceso, se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas: sus úteros, requieren un control externo por los doctores y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y el control del tiempo, de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado».

CONCLUSIONES

La investigación muestra que la práctica de cesáreas rutinarias representa un ejercicio naturalizado de violencia obstétrica. Esta forma de violencia de género no es un suceso aislado; los testimonios de médicos y pacientes evidencian una *cascada de intervenciones medicalizadoras* y diversas formas de *abusos* que se traducen en una violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres. La violencia expuesta está ligada a estrategias de poder y control sobre los cuerpos de las mujeres, sustentadas en el pensamiento biomédico, el cual se caracteriza por una visión biologicista, reduccionista y fragmentada. Tal visión refuerza la creencia del parto como un evento patológico, de riesgo e incontrolable.

Desde la academia es urgente impulsar la investigación sobre la violencia obstétrica. Además, se recomienda analizar e incluir otros modelos de atención al nacimiento que operan en diferentes países como la partería y el parto domiciliario, con la finalidad de reducir el número de cesáreas injustificadas y la violencia de género institucional.

Es urgente visibilizar la violencia obstétrica que viven las mujeres e impulsar políticas en salud que transformen, dignifiquen y humanicen los servicios públicos de atención al nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- AMEZCUA, M.; GÁLVEZ, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. En: *Revista Especializada Salud Pública*. 2002, vol. 47, núm. 6, pp. 625-638.
- CASTRO, A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork: Notes from Latin America. En: *Health and Human Rights Journal*. 2019, vol. 21, núm. 1, pp. 103-113.
- CASTRO, R. Génesis y práctica del habitus medico autoritario en México. En: *Revista Mexicana de Sociología*. 2014, vol.76, núm. 2, pp. 167-197. [Consulta: 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428>.
- COHEN-SHABOT, S. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. En: *Human Studies*. 2016, vol. 39, núm. 2, pp. 231-247.
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Recomendación General No. 31/2017, sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. México: CNDH, 2017. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>.
- CORRAL-MANZANO, G. El derecho penal como medio de prevención de la violencia obstétrica en México. Resultados al 2018. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp. 100-118.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. México: Secretaría de Gobernación, 2010. Disponible en: <http://normasapf.funcionpublica.gob.mx/>.
- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI, 2007.
- GARCÍA, E. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. En: *DILEMATA, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2015, vol. 7, núm. 18, pp. 27-43.
- GARCÍA, D.; DÍAZ, Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. En: *Revista Cubana Salud Pública*. 2010, vol. 36, núm. 4, pp. 330-336.
- GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA. *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. México: GIRE, 2015. Disponible en: <https://gire.org.mx/>

- GOBERNA-TRICAS, J. Violencia obstétrica: aproximación al concepto y debate en relación a la terminología empleada. En: *Musas*. 2019, vol. 4, núm. 2, pp.26-36.
- GONZÁLEZ, G.; VEGA, M.; CABRERA, C. *Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*. México: Universidad de Guadalajara y Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011.
- GRANADOS, J.; HERNÁNDEZ, P.; OLVERA, A. Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México. En: *Revista Salud Colectiva*. 2017, vol. 13, núm. 4, pp. 633-646.
- HERNÁNDEZ, J.; ECHEVERRÍA, P. La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. En: *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. 2014, vol. 69, núm. 2, pp. 327-348.
- JEWKES, R.; PENN-KEKANA, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. En: *PLoS Medicine*. 2015, vol. 12, núm. 6. pp.1-16.
- LAURELL, A. *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013.
- MAGNONE, N. *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la humanización*. [Tesis de Máster]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, 2006.
- MENÉNDEZ, E. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: CONACULTA, 1990.
- MENÉNDEZ E. *La antropología médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2000.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. *Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México*. México: ACNUDH-ONU, 2003. Disponible en: https://hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Ginebra: ONU, 2019. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/74/137>.
- PAZ, C. ¿Cuánto cuesta un parto en México? En: *Periódico Milenio*, 10 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.milenio.com/negocios/cuanto-cuesta-un-parto-en-mexico>.
- PÉREZ, M.; GÉRVAS, J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. En: *Revista Semergen*. 1999, vol. 25, núm. 3, pp. 239-248.

- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Venezuela: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2007. Disponible en: <<http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>>.
- SADLER, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.
- SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. *Unidades Médicas-Hospital materno-infantil de Tlalpan*. México: SEDESA, 2019. Disponible en: <<http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/um-sedesa>>.
- SUÁREZ, L., et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. En: *Revista de Salud Pública*. 2013, vol. 55, núm. 2, pp. 225-234.