

# **SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA: RESPUESTA Y RESISTENCIA DE LAS EMBARAZADAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO<sup>1</sup>**

## **ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE: RESPONSE AND RESISTANCE OF PREGNANT WOMEN IN A PUBLIC HOSPITAL**

---

Viaani Coral Mendoza-López<sup>2</sup>

Fecha de recepción: 3 de octubre de 2018  
Fecha de aceptación: 18 de noviembre de 2018

**Resumen** - El presente trabajo describe las diferentes formas de respuesta, resistencia y negociación de la atención médica a mujeres usuarias, frente a las prácticas, discursos y actitudes de violencia obstétrica por parte del personal de salud. El estudio se realizó en un hospital materno en la ciudad de Mérida, Yucatán, usando metodología cualitativa, con un diseño etnográfico desde el enfoque de la antropología médica. Entrevistamos a usuarias que estaban en proceso de atención desde el parto y el puerperio, a miembros de la familia y a personal de salud de la misma institución.



**Palabras clave:**

Violencia obstétrica, resistencia, respuesta, negociación, mujeres, institución de salud.

**Abstract** - The present paper describes the different forms of response, resistance and negotiation of medical attention to women users, as opposed to the practices, discourses and attitudes of obstetric violence by the medical staff. The study was conducted in a maternity hospital in the city of Merida, Yucatán, using qualitative methodology, with an ethnographic design with the approach of medical anthropology. We interviewed women who were in the process of receiving attention from childbirth and puerperium, family members and medical staff from the same institution.



**Keywords:**

Obstetric violence, resistance, response, negotiation, women, health care institution.

---

<sup>1</sup> Artículo aceptado mediante arbitraje de pares.

<sup>2</sup> Estudiante de Maestría del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico-Sur.  
Correo electrónico: iisuabjovcml@hotmail.com

## Introducción

La violencia, el maltrato y la relación de dominación como conductas sistemáticas y rutinarias del personal médico con la usuaria de servicios de salud durante la atención del parto en hospitales públicos, son problemas de carácter social y de derechos humanos que han cobrado gran interés por parte de organismos nacionales e internacionales (OMS) y de algunas disciplinas como la Sociología y la Antropología médica, las cuales han reconocido la funcionalidad de sus enfoques para analizar cómo se configura este hecho y de qué forma se aprende y reproduce o no en los contextos hospitalarios.

Muchos de los trabajos que se han publicado acerca de esta situación están enfocados en visibilizar un problema sistemático de abusos y violencias en el que se debate y analiza el papel de las mujeres usuarias dentro de las instituciones de salud como sujetos “disciplinados”, “pasivos”, “subordinados”, carentes de autonomía y, por tanto, incapaces de opinar y tomar sus propias decisiones informadas en lo que a su salud se refiere (Casal y Alemany, 2014, p. 62; Castro y Erviti, 2014; Flores y Ledezma, 2017; Pereira, Domínguez y Toro, 2015; Pozzio, 2016), lo cual hace de su contexto un campo de acción totalmente limitado y restringido.

Atendiendo a esta preocupación, la literatura ofrece innumerables investigaciones que dan cuenta de la problemática, prestando poco interés a las maneras en que las mujeres usuarias logran movilizar su agencia en algunos momentos del proceso de atención, entendiéndola —de acuerdo con Long (2007)— como la capacidad atribuible al actor individual para procesar la experiencia social y diseñar formas de lidiar con la vida, y también contrarrestar, responder, evitar, negociar, transformar y resistir las prácticas y actitudes de maltrato y/o violencia que reciben en las instituciones de salud donde son atendidas.

El siguiente texto se enfoca en evidenciar, con base en una indagación antropológica realizada en un hospital materno-infantil, cómo las usuarias de los servicios de salud se encuentran inmiscuidas en

una relación de poder profundamente asimétrica y jerárquica durante la atención del parto, y a pesar de ello logran movilizar, construir y rehacer su autonomía frente a un contexto violento.

## Marco teórico

Una forma en la que se ha señalado y hecho visible esta violencia hacia las mujeres en los servicios de salud reproductiva ha sido mediante la tipificación de la violencia obstétrica, que de acuerdo con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), se define como:

Una forma específica de violencia contra las mujeres 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, p. 12).

No obstante, existen otros trabajos que registran situaciones de violencia obstétrica que se inclinan a ampliar los límites de su definición y a señalar el entrecruzamiento de otros tipos de violencia que suceden en el mismo proceso. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por ejemplo, ha publicado resultados de investigaciones donde se reflejan:

Expresiones del abuso contra las mujeres en la sala de parto en las cuatro dimensiones exploradas: abandono de la mujer, ausencia de información, abuso verbal y abuso físico.

Las dos formas de abuso físico más reportadas fueron: a) brusquedad y frecuencia con la que se realizan procedimientos rutinarios: tacto, episiotomía y episiorrafia sin anestesia, canalización de vías vasculares y anestesia epidural; y b) aventones de piernas, golpes con la mano o utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer; además reportaron abuso verbal a partir de expresiones y manifestaciones de burla, sometimiento y amenazas, comentarios denigrantes y sexistas que hacen alusión a aspectos de la vida erótica de la mujer. Asimismo, la ausencia de información y del consentimiento informado para realizar algunas maniobras y abandono de la mujer durante el proceso del trabajo de parto (Valdez, Altamirano y Rojas, 2016, p. 42).

Lo anterior nos ayuda a identificar cómo el proceso de atención del parto a las mujeres en una institución de salud puede ser explicado a nivel analítico por el entrecruzamiento y la correspondencia de distintas violencias. Asimismo, está la violencia simbólica, aunque siendo sutil y silenciosa, se puede explicar como aquellas “actuaciones médicas propias de un tipo de violencia que no emplea la fuerza física” (Casal y Alemany, 2014, p. 61), como insultos, miradas, rechazos, invisibilización, entre otras acciones y actitudes por parte del personal de salud hacia las usuarias, que aunadas a lo que Scheper-Huges (1997) llama violencia cotidiana, normaliza y vuelve incuestionables las formas sistemáticas y rutinarias de trato, maltrato, violencia y sufrimiento durante la atención médica.

Un enfoque que a nivel macro explicaría el funcionamiento y la lógica con que opera la violencia obstétrica es al que Paul Farmer denomina en el campo de la salud violencia estructural, la cual enfatiza cómo las grandes fuerzas políticas y económicas históricamente arraigadas causan estragos en los cuerpos de quienes integran las

poblaciones socialmente vulnerables (Farmer, 2004; Farmer *et al.*, 2006), ayudándonos a comprender, por ejemplo, que:

Son justamente las mujeres indígenas [las que] viven en condiciones de profunda inequidad genérica [...] Y son precisamente estas mujeres quienes enfrentan los mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad, o que sufren una mayor carga de discriminación en los hospitales a los que logran finalmente acceder (Sesia, 2009, p. 201).

Otros planteamientos como la violencia institucional (Evangelista, Tinoco y Tuñón, 2016) explican la cansada dinámica burocrática que tienen que atravesar las mujeres usuarias para recibir atención en el parto en un hospital público; sin embargo, no son las únicas formas de nombrar dicho fenómeno, ya que existe también la violencia organizacional (Villanueva, 2016) y otras que de acuerdo con Castro (2014) carecen de nombre pero no de existencia y también dan cuenta de la experiencia institucional de las mujeres durante el proceso.

En mi estudio, identifiqué en el transcurso del trabajo etnográfico y en las experiencias de las usuarias y sus familiares manifestaciones de todos estos tipos de violencia, las cuales son importantes señalar, nombrar y analizar, para entender cómo y por qué se construyen las respuestas que estas mujeres dan en el contexto.

## Metodología

La mirada antropológica de esta investigación está determinada por un enfoque etnográfico y cualitativo en el cual retomo las siguientes técnicas: observación, observación participante, análisis de textos, entrevistas estructuradas, entrevistas semiestructuradas y las correspondientes herramientas, como diario, notas y descripción de campo y mapeo.

El periodo de trabajo de campo realizado constó de cuatro meses, divididos en dos etapas, comprendidas de septiembre de 2015 a enero de 2016 en un hospital de atención materna de la ciudad de Yucatán. En la primera etapa del trabajo de campo realicé ejercicios conjuntos de observación, descripción del espacio y alrededor de 27 entrevistas semiestructuradas, dirigidas a mujeres “primerizas”<sup>3</sup> con ocho meses de gestación en adelante, las cuales se encontraban inmersas en lo que llamo proceso de atención del parto (Mendoza, 2017). También apliqué entrevistas a mujeres que se encontraban recibiendo atención médica después de la intervención del parto, o con experiencias de uno, dos o tres partos anteriores en el mismo hospital.

En la segunda etapa del trabajo de campo entrevisté a 13 embarazadas y a seis madres de las embarazadas, lo que posteriormente me llevó a explorar más a fondo el fenómeno al salir del contexto hospitalario y adentrarme en la vida familiar de las entrevistadas, visitándolas en sus hogares.

### **Sobre las formas de evadir, negociar o minimizar la violencia**

Las embarazadas están expuestas a distintos tipos de violencia por parte de los prestadores de servicios de salud (PSS), antes, durante y después de la atención del parto; no obstante, elaboran estrategias de resistencia durante dicho proceso, a fin de evadirla o minimizarla.

A continuación se describen algunos de los momentos en los que es posible reconocer la agencia de dichas mujeres en cuanto a los servicios que se les brindan, así como los discursos que generan a través de su propia experiencia como usuarias del hospital materno y de la apropiación de los espacios hospitalarios.

El hospital y su medio se caracterizan por ser un escenario que, apelando a la mirada del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992), aleja a los pacientes

de su contexto y redes sociales para estudiarlos, observar y controlar el proceso patológico, y este es un procedimiento que se advierte claramente durante la atención a una embarazada, ya que para que pueda recibir atención, se le despersonaliza, aísla y aleja de sus redes familiares desde el momento del ingreso, hasta que culmina la atención.

Frente a este tipo de violencia de mantenerlas incomunicadas y silenciadas, las mujeres encuentran algunas formas de burlar la norma y luchar para comunicarse y expresarse de diversas maneras.

### **Los barandales de la sala de espera general, una alternativa de comunicación**

El hospital materno donde se desarrolló la investigación es un edificio de dos niveles, con un patio central. En el nivel inferior se localiza la sala de espera, mientras que el superior corresponde al área de hospitalización. La particularidad más importante de la sala de espera es su forma, pues el patio abierto del centro permite que los pasillos se dividan por barandales metálicos, los cuales posibilitan una visión amplia al área de hospitalización del segundo piso, en el que se encuentran internadas las embarazadas, quienes fueron previamente asiladas, despersonalizadas y despojadas de sus redes familiares, e incluso de la oportunidad de recibir información sobre su estado de salud y deambulan en desconcierto.

Esta particularidad se la han apropiado extraordinariamente los familiares y las embarazadas, ya que funciona como un medio de comunicación directa (aunque informal) porque no está controlado, suple por mucho las necesidades de interacción de las usuarias sin que haya intermediarios o sin que sea a través del personal del hospital.

Es aquí donde las mujeres y los familiares tratan de reconstruir y movilizar su voluntad, y usan las características de este sitio para transmitir información

<sup>3</sup> Mujeres que experimentaban su primer embarazo.

sobre la atención, utilizando señas, ademanes y hasta sutiles gritos que les hacen hallar a su familiar, con el que ya han quedado de acuerdo para encontrarse ahí: cuando las mujeres consiguen ver a quien las acompaña (marido, madre, suegra, etcétera), aprovechan para platicar de cómo se sienten al interior del lugar donde las están atendiendo, se informan lo que les ha dicho el médico a ambos, preguntan sobre los procedimientos o instrucciones de cuidado, o simplemente se miran para saber que están ahí, aunque no puedan estar juntos.

Las embarazadas primerizas piden consejos a sus madres o suegras y éstas las tranquilizan, o en su defecto las regañan cuando sienten temor o algo no les parece porque nunca lo habían vivido. Es en este espacio en donde se acuerdan acciones comunes entre las dos partes. Este puente es posible establecerlo a través de señas, gritos o palabras mudas, lectura de labios o ademanes.

### **Los baños del hospital como mural de apropiación**

De acuerdo con GIRE (2015), un elemento de violación a los derechos reproductivos es ignorar a las mujeres usuarias, brindando atención médica con actitud de rechazo e indiferencia frente a los padecimientos y solicitudes o reclamos de las embarazadas, frente a lo cual ellas responden de diversas formas, una de las sutiles maneras que pude identificar fue la siguiente: en las salas de espera se encuentran los baños, que cuentan con reducidas divisiones que vuelven casi imposible que una embarazada acceda con comodidad, pues es difícil cerrar la puerta o moverse con libertad una vez adentro, ya que el espacio interno mide aproximadamente 45 cm., lo que cubre apenas el ancho del retrete. En las paredes metálicas del baño pueden leerse rayones, escrituras expresivas de mujeres embarazadas antes de ser internadas, de madres o abuelas sobre la situación que viven en el hospital. Es una especie de mural, a manera de apropiación del espacio, el cual se utiliza para manifestar de forma escrita y anónima un sentimiento, una frustración o una

idea sobre lo que les parece la experiencia que están viviendo.

### **Solicitar la atención**

Otros actos y actitudes que son calificados como violencia obstétrica, de acuerdo con GIRE (2016, p. 12), son "el aplazamiento de la atención médica, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y la espera inadecuada que obstaculiza el proceso de atención". Frente a estas experiencias de violencia y atención inadecuada, las mujeres movilizan sus redes de apoyo y, una vez que conocen cómo funciona el hospital, juegan con el sistema y logran recibir la atención que necesitan, tal como lo registro en la siguiente descripción.

Para solicitar ser atendidas, las embarazadas deben pasar primero por el consultorio de valoración, que es el primer filtro y contacto con el personal médico, en el cual se decide si su dilatación es la adecuada para que pueda ingresar a la sala de expulsión, o bien, para que sea enviada a su casa o a esperar y caminar afuera, para luego retornar y ser valorada de nuevo.

En la sala de espera de este consultorio se encuentra desde la mujer que ha llegado por primera vez, hasta la que ya ha estado ahí dos o tres veces, esperando tener la dilatación suficiente para poder ser atendida. Una forma en la que ellas y sus familiares, especialmente sus madres o suegras, logran que el hospital acepte ingresarlas es esperando el siguiente turno, pues el área cambia a otros médicos, médicas y enfermeras, y entonces las mujeres pueden ingresar de nuevo y solicitar que las revisen bajo el criterio del nuevo personal.

Por esta razón muchas de las mujeres en lugar de regresar a su casa, a donde son mandadas por el médico o médica que las valoró, se quedan ahí, en la sala de espera, "acechando" la entrada del nuevo turno o de un nuevo médico o médica para solicitar la atención otra vez, para decir o acusar que ya habían sido revisadas y valoradas por el o la especialista anterior, pero que el diagnóstico no fue satisfactorio para ellas, por el trato

que recibieron, la actitud o la probable inexperiencia del profesionalista (cuando se trata de un estudiante, por ejemplo), entre otras cosas que les ayudan a intentar ingresar, hasta ser recibidas y vivir su trabajo de parto.

Tal fue el caso de Carmen, de 27 años, proveniente de la colonia Jardines de Nueva Mulsay, ubicada aproximadamente a cinco kilómetros del hospital, quien en su último mes de gestación me platicó:

Acabo de pasar al consultorio de valoración y me dijeron que tengo aún dos de dilatación, que me regrese a mi casa y el viernes, la primera vez que vine, también me regresaron a mi casa y me dijeron que aún no podían ingresarme. Regresé el sábado en la madrugada, a las cinco de la mañana, ya tenía más dolor, ya estaba pasando sangre y entré a que me valoraran otra vez. La doctora de la noche estaba molesta y preguntó a sus compañeros enfrente de mí: “¿por qué me despertaron?”, nadie dijo nada, me valoró y me dijo: “todavía tienes dos de dilatación..., ¡ah!, pero estás sangrando”. Le respondí: “por eso vine, porque estoy sangrando y no es normal que esté sangrando” y ella respondió de forma grosera: “no, todavía te falta, no te podemos ingresar, ¡todavía te falta! Te puedes ir a tu casa”. “Está bien, gracias”, le dije.

— ¿Y usted qué sintió cuando le dijeron eso?

— Pues te sientes mal, te molestas, pues se supone que para eso está la doctora de la noche, para atendernos, es su trabajo. Ese día salí y le dije a mi mamá que todavía tenía dos de dilatación, que nos fuéramos a la casa, “¡pero no tiene caso que nos vayamos!”, me respondió, “porque, ¡qué tal si vuelves a tener dolor!, mejor nos quedamos, cuando cambien de personal en la mañana vuelves a entrar para que te chequen”, y entonces así decidimos esperarnos a que hicieran cambio de turno. Cuando volví a entrar, me dijo el doctor, regañándome: “ya tienes cuatro de dilatación, tú debiste de haberte quedado desde la madrugada,

¿por qué no te dejaron?”, y yo le respondí: “lo que pasa es que la doctora de la noche me dijo que todavía tenía dos de dilatación y que no era importante que me quedara, hasta me regañó y pues me dejaron ahí”.

Otras formas en que las mujeres movilizan su capacidad de agencia para recibir una atención continua o negociar sobre un tipo de parto, es a través de sus redes familiares de apoyo, con las cuales —como explicamos anteriormente— logran comunicarse mediante los barandales y platicarles sobre la atención o cuidado que están recibiendo, o bien que les harán cesárea debido a algún diagnóstico que les dijeron, a lo cual se resisten. Entonces ellas vuelven a la sala de expulsión y el familiar va a Trabajo social, al módulo de información o directamente a solicitar hablar con el médico o médica que atiende a la mujer para exigir o negociar la atención.

Una red de apoyo que también se moviliza para lograr que las atiendan o un buen cuidado estando la mujer adentro, la conforma un grupo selecto y muy pequeño de mujeres o de sus familiares que tienen algún conocido trabajando en el hospital (sea personal médico o administrativo) o que por su profesión conocen las lógicas del funcionamiento del hospital y pueden preguntar o exigir específicamente información y cierta atención para la gestante.

Tal es el caso de Karla, enfermera que llegó para dar a luz en este hospital, quien al ver que la atención no era brindada adecuadamente y que la información que le daban a sus familiares era incorrecta, solicitó el apoyo de las redes de su marido, que también es enfermero (amigos, colegas y contactos de otros hospitales). Al respecto, la madre y la suegra de Karla nos comparten:

**Doris** (suegra): Lo que pasa es que es una mala información, no te dan la información adecuada que tú debes tener y lo que molesta es que luego te dicen cosas, el maltrato, eso no se vale.

**Miguelina** (madre): Por eso mi yerno se está comunicando [de forma clandestina con otro enfermero amigo, a través de fotos y mensajes de whatsApp] y así entró él a hablar con el director y le está diciendo él las cosas, y le dijo que era enfermero como mi hija ¡y el director se quedó así, sorprendido y espantado! Y fue cuando empezaron a atender a mi hija, pero te tienes que mover para que te hagan caso, fue cuando empezaron a trabajar.

### Durante la atención del parto

Siguiendo a Gire (2015), otra forma de violencia obstétrica es:

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de las técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la usuaria (GIRE, 2015, p. 42).

Ante a esto, las mujeres intentan un sinnúmero de respuestas, como adoptar ciertas actitudes frente al trato que reciben; por ejemplo, muchas de ellas cierran las piernas para evitar que el tacto vaginal sea tan frecuente e impedir que se altere el proceso natural de parto, otras logran pararse y sentarse en cuclillas para parir en forma vertical cuando las acomodan horizontalmente en la cama de expulsión, aunque después sean reprendidas por el personal médico que las atiende; algunas, como reacción ante la actitud violenta del sistema que las despoja del control sobre su cuerpo, se arrancan los sueros para evitar que les suministren oxitocina,<sup>4</sup> gritan y exigen la atención del encargado de su parto cuando sienten que el bebé está en peligro, o intentan hacer el menor ruido posible y vivir su dolor en silencio para no ser regañadas por el personal. Este es nuevamente el testimonio de Carmen, madre primeriza, quien nos comentó:

Una muchacha al lado de mí lloraba, lloraba y lloraba mientras pedía: “que me saquen el bebé, que me lo saquen”, y yo como la veía así, pensaba: “no voy a llorar, no voy a llorar”, me lo aguantaba y la enfermera le dijo: “ahorita te estás quejando, pero cuando lo hiciste no te quejabas, así que ahora te aguantas”, y yo dije: si me pongo a llorar me van a decir lo mismo, entonces yo me la aguantaba, no lloraba, sólo me quejaba del dolor y decía: “ay, me duele o ya no aguanto”, pero no lloraba, me lo aguantaba, yo aguantaba, para que no me dijeran nada porque sí son un poco groseros.

Otras alternativas como las mujeres usuarias ejercen su agencia es acudiendo a sistemas de salud distintos al hospitalario, en especial al sistema tradicional, para aliviar dolores o padecimientos que de acuerdo con su experiencia el médico no puede curar; por ejemplo, el de “bebé encajado” (Mendoza, 2018), o la posición cefálica del bebé respecto de la vagina, ya que tienen la amenaza del médico de que si no se acomoda en posición para nacer vía vaginal durante la última semana, se realizará operación cesárea, la cual no es del agrado de la mayoría.

La preferencia en el tipo de parto es otro espacio de resistencia y negociación entre las mujeres embarazadas y los PSS, pues casi todas prefieren el natural y muestran un gran rechazo a la operación cesárea (gráfica 1). Las razones principales que manifiestan para negarse a ella y hacer todo lo posible por alumbrar de forma natural (como “intentar pujar continuamente y con más fuerza, tomar tés y menjunjes para dilatar pronto, ir con una sobadora, entre otros”) se enuncian en la tabla 1. Dichas razones se encuentran íntimamente relacionadas con el trato que reciben por parte de los PSS durante su atención y comprenden el dolor, cuidado y control hospitalario por cesárea, la inseguridad del procedimiento y los cuidados y atención del bebé, así como la dificultad para realizar actividades del hogar una vez dadas de alta. Estos motivos o preferencias nos ayudan a contextualizar por

<sup>4</sup> Hormona que se les inyecta a fin de inducir el parto y aumentar la fuerza de las contracciones.

qué 96% de ellas eligió “parto natural”, mientras que 4% optó por operación cesárea.

De manera general es posible afirmar que dicha intervención quirúrgica les resulta totalmente negativa porque implica la permanencia en la institución de salud, por lo que se inclinan por el parto natural a fin de acortar la atención médica y reducir el contacto con el personal médico dentro del hospital, debido a la desconfianza que éste les genera.

La preferencia de las entrevistadas se ve claramente construida a partir de las experiencias y narrativas de otras mujeres cercanas, como sus madres, amigas y familiares atendidas en el mismo hospital, o por las vivencias en su parto anterior. Sus argumentos son interesantes y ayudan a pensar la forma en la que ellas conciben la atención que el personal puede o no brindarles en el hospital. Otro aspecto significativo es la desconfianza que sienten hacia la institución y que han acumulado a partir de las historias que han escuchado y que poco a poco se ha convertido en un aprendizaje atravesado por condiciones de género, etnia y clase. Cada una de estas categorías incluye diferentes imaginarios sobre la atención y la forma de vivir el embarazo, el parto y la etapa puerperal en el hospital, en sus casas y en la sociedad en general.

## Puerperio

Durante el puerperio las mujeres usuarias viven en el hospital y en esta fase también reinventan formas de autocuidado que contrastan con el cuidado hospitalario. Un ejemplo de ello es que un día después de parir, cuando están listas para consumir alimentos, rechazan la dieta que el nosocomio les provee, como gelatina o chocomilk, y comen a escondidas lo que sus familiares les hacen llegar camuflado entre la ropa que les mandan para cambiarse.

Algunas de estas comidas se califican como “calientes”, por ejemplo el pozol,<sup>5</sup> o las tortillas de maíz, ya que de acuerdo con la cultura maya-yucateca, el

parto y el puerperio es un evento caliente que puede ser dañado si se ingieren alimentos fríos, como la gelatina y el chocomilk, con lo cual se evidencia una vez más el libre albedrío de las mujeres hospitalizadas y la utilización de sus redes de apoyo.

## Conclusiones

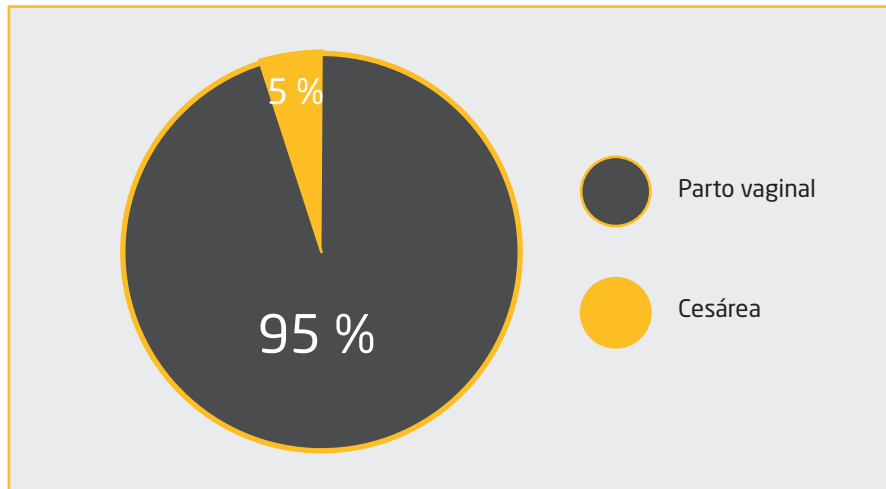
Gracias a la narración de las experiencias vividas por las embarazadas entrevistadas y observadas en el proyecto de investigación realizado es posible dar cuenta de las distintas líneas de violencia que sufren mientras son atendidas, por parte de los prestadores de servicios de salud; reconociendo al sistema de salud institucional y hegemónico como un espacio desde donde se ejerce violencia antes, durante e incluso después del parto.

Sin embargo, y a pesar de lo duro que puede resultar para las mujeres esta violencia invisibilizada, se reconocen también estrategias de acción con las que se convierten en individuos capaces de movilizar su agencia y resistir a dicha agresión, así como al medio hostil en el que se encuentran. Tales estrategias, como elegir el tipo de parto que desean y los puentes de comunicación que construyen mediante la apropiación del espacio hospitalario, son ejemplos claros que diluyen el supuesto carácter pasivo y subordinado de las embarazadas y que evidencian su capacidad de acción ante el habitus médico que normaliza la violencia ejercida contra ellas. No obstante, mi intención con estos hallazgos no es disminuir la atención y alarma sobre las diferentes formas de violencia que se entretajan durante el parto, ya que eso es un hecho claro y contundente; por el contrario, mi propósito es intentar analizar y comprender desde todas las miradas cómo las mujeres enfrentan la violencia, no como víctimas “pasivas”, “ausentes de sí” y “calladas”, sino como agentes que se movilizan estratégicamente, aun cuando se les restringen por las relaciones de poder a ciertas acciones que las limitan.

<sup>5</sup> Bebida a base de masa de maíz y cacao molido, muy común en el sureste mexicano.

**Gráfica 1.**

Preferencia del tipo de parto



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en el trabajo de campo.

**Cuadro 1.**

Razones de las embarazadas para rechazar la operación cesárea

Porcentaje	Razones
43%	Dificultad para realizar los quehaceres del hogar y cuidar al bebe, por el tipo de "dolor de la cesárea"
22%	Rechazo al cuidado y control hospitalario por cesárea
19%	Inseguridad del procedimiento en la cesárea
8%	Rechazo e inseguridad de los cuidados y atención al bebé dentro del hospital
8%	Inseguridad en los procedimientos de la recuperación dentro hospital

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en el trabajo de campo.

**Referencias**

Casal, N. y Alemany, M. J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm*, 23(1-2), 61-64. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/teorizaciones1.pdf>

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED*, 19(1), 37-42. Disponible en <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/24>

Evangelista, A., Tinoco, R. y Tuñón, E. (2016). Violencia institucional hacia las mujeres en la región sur de México. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, XIV(2), 57-69. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272016000200057](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272016000200057)

- Farmer, P. (2004). An anthropology of Structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-325.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S. y Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, 3(10). Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Flores, Y. y Ledezma, A. (2017). (In)visibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas de la región centro-norte de México. *CIAIQ*, 2, 1145-1154. Disponible en <http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1451>.
- GIRE. (2015). *Violencia Obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. Disponible en <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: Una perspectiva centrada en el actor*. México: CIESAS.
- Mendoza, V. C. (2017). *Parir en hospital: un estudio antropológico del proceso de atención del parto en la península de Yucatán* (Tesis de licenciatura). IISUABJO, Oaxaca.
- Mendoza, V. C. (2018). El "bebé encajado": la concepción del dolor como experiencia sociocultural y en la elección de la trayectoria terapéutica entre las mujeres yucatecas. En Freyermuth, G. (coord.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI* (pp. 56-62). México: CIESAS.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En Campos, R. (coord.), *La antropología Médica en México* (pp. 97-113). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pereira, C., Domínguez, A. y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090.
- Pozzio, M. R. (2016). The Gynecology Obstetrics in México: Between "Humanized Childbirth" and Obstetric Violence. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-17. Disponible en <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>.
- Sesia, P. (2009). Muerte materna y desigualdad social. En Freyermuth, G. y Sesia, P. (coords.), *La muerte materna: Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (pp. 201-2016). México: CIESAS.
- Sheper-Huges, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Valdez Santiago, R., Salazar Altamirano, Y., Rojas Carmona, A. y Arenas Monreal, L. (2016). El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México. *CONAMED*, 21(1), 42-47. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>
- Villanueva, L. (2016). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15(3), 148-151. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3393251.pdf>