

PANORAMA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MAZATLÁN, SINALOA

OVERVIEW OF OBSTETRIC VIOLENCE IN MAZATLÁN, SINALOA

Caitlin Iris Snow Simonds
Universidad Autónoma de Sinaloa

Frambel Lizárraga Salas
Universidad Autónoma de Sinaloa

Norma Miriam Rodríguez Domínguez
Universidad Autónoma de Sinaloa

Recepción: 1 de octubre de 2024
Aceptación: 22 de febrero de 2025

Resumen

La violencia obstétrica es un problema que puede ser difícil de medirse debido a la falta de una definición legal. Algunas investigaciones estiman que 1 de cada 3 mujeres mexicanas sufrieron violencia obstétrica en su último parto. (Castro & Frías, 2019) El presente artículo tiene como objetivo elaborar un panorama de la violencia obstétrica en México. Es un estudio cuantitativo, con esto en mente analiza información obtenido por fuentes abiertas y mediante tres encuestas virtuales con un total de 79 participantes, compara las prácticas reportadas con las prácticas recomendadas por organizaciones internacionales como la OMS, analiza las experiencias de

Simonds, C. I. S.; Lizárraga-Salas, F. & Rodríguez-Domínguez, N. M. (Enero-Abril, 2025). "Panorama de la Violencia Obstétrica en Mazatlán, Sinaloa", en Internacionales. Revista en Ciencias Sociales del Pacífico Mexicano, 8(17): 184s-207

mujeres quienes recibieron atención médica entre los años 2018 y 2023 durante su parto en los hospitales de Mazatlán y compara el lenguaje utilizado tanto por los profesionales de salud como por las mujeres usuarias de salud. Concluye que existe una sobreintervención quirúrgica en los partos en Mazatlán y que el consentimiento informado de las mujeres no está siendo respetado. Esto implica que la violencia obstétrica es cotidiana en los hospitales públicos de Mazatlán.

PALABRAS CLAVE: *Comunicación médico-paciente, iatrogenia, medicalización, violencia obstétrica.*

Abstract

Obstetric violence is a problem that can be difficult to measure due to its lack of a legal definition. Other investigations have estimated that 1 in 3 women suffered obstetric violence in her most recent labor and delivery. (Castro & Frías, 2019) This article aims to create a panorama of obstetric violence in Mexico. It is a quantitative study that utilizes information obtained via open sources and a series of three virtual questionnaires with a total of 79 participants, it compares reported practices with recommended practices, analyzes the experiences of women who received medical attention during their labor and delivery in one of the hospitals in Mazatlán from 2018 to 2023 and compares the language used by both healthcare professionals and female healthcare users. It concludes that there exists an excess of surgical intervention in labor and delivery in Mazatlán and that the informed consent of female healthcare users is not being respected. This implies that obstetric violence is the day to day in Mazatlán's public hospitals.

KEYWORDS: *Doctor-patient communication, iatrogenesis, medicalization, obstetric violence*

Introducción

En el año 2022, 1,891,388 nacimientos fueron registrados en México, 46,669 de ellos en el estado de Sinaloa (INEGI, 2024). Según datos obtenidos del Hospital General de Mazatlán "Dr. Martiniano Carvajal", se atendieron 1,613 nacimientos en este año, aproximadamente 4.4 nacimientos al día. En un estudio realizado por Castro & Frías (2019), encontraron que una de cada tres mujeres en México ha sido víctima de violencia obstétrica en su parto más reciente. Tomando en cuenta las cifras anteriores, se puede inferir que hay por lo menos un caso de violencia obstétrica al día solo en el Hospital General de Mazatlán, 43 casos al día en el estado de Sinaloa y 1,728 al día en todo México.

La violencia obstétrica constituye un problema real para las mexicanas, y en particular las mujeres de Mazatlán, Sinaloa, sin embargo, carece de una definición legal en México. En 2019, Diputada Mildred Ávila propuso una adición a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que la define como "toda acción u omisión ejercida por el sistema de salud público o privado o cualquier agente ajeno que asista a la mujer, o incida directamente en ella en el proceso de embarazo, parto o puerperio, que viole sus derechos humanos" (Palacio Legislativo de San Lázaro, 2019). Desafortunadamente, fue desechada su propuesta.

En su glosario para la igualdad, INMUJER (Violencia Obstétrica, s.f.) utiliza la definición escrita por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), que es la siguiente:

una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica 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).

En otras palabras, podemos considerar a la violencia obstétrica como este tipo de violencia medica que se realiza durante el embarazo, parto o postparto hacia la mujer usuaria de salud. Incluye lo que hacen profesionales de salud (intervenciones innecesarias o no solicitadas, uso de palabras degradantes o deshumanizantes) y lo que no hacen (negligencia, negación de servicios). También incluye a cualquier impedimento al consentimiento informado (no informar, no pedir consentimiento, etc.).

La Secretaría de Salud (Almaguer González, García Ramírez, & Vargas Vite, 2010) ofrece la siguiente lista de practicas como ejemplo de en que consiste la violencia obstétrica:

- 1) *Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.*
- 2) *Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, en cuclillas o hincada.*
- 3) *Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.*
- 4) *Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*
- 5) *Practicar el parto por vía de una cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

Desde la perspectiva de Foucault, la violencia, el ejercicio del poder y el conocimiento son la raíz del poder. En otros términos, la existencia de conocimiento especializado, restringido a ciertos grupos de la población, es la fuente de poder de estos grupos, por lo tanto, pueden ejercer violencia hacia quienes no tienen este mismo

conocimiento. Los profesionales de salud, por el hecho de su formación, pertenecen a una clase de personas que tienen conocimiento, mientras que las usuarias de salud muchas veces no tienen acceso a la misma información (Foucault, 1973).

La diferencia entre el lenguaje utilizado por los profesionales de salud y las usuarias de salud hace que el conocimiento de los primeros no se comparta con las segundas. Esto las pone en una posición sumisa hacia la autoridad de los profesionales y propicia actos de violencia médica hacia ellas, incluyendo a la violencia obstétrica. Con esto en mente, conocer el lenguaje utilizado por ambas partes y las diferencias entre sus significados puede servir como un primer paso para lograr un verdadero consentimiento informado y, con ello, reducir la violencia obstétrica.

El artículo 3 de la Ley de Protección al Usuario de los Servicios de Salud define al consentimiento informado como:

La conformidad expresa del usuario, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables. La prestación del consentimiento informado es un derecho del interesado y su obtención un deber del prestador.

Adicionalmente, en el artículo 5, subraya que los profesionales de salud tienen el deber de "usar un lenguaje adecuado y comprensible". Sin embargo, como menciona Foucault (*The Birth of the Clinic*, 1973), tienden a utilizar lenguaje lleno de códigos que comúnmente no está al alcance de las usuarias de la salud.

La violencia obstétrica se puede concebir como cualquier acto u omisión por parte de los profesionales de salud que resulta en daño físico, psicológico o emocional hacia la mujer y/o su hijo/a durante su periodo prenatal, perinatal y/o postnatal. Se considera como una forma de violencia médica o iatrogenia.

En su libro *Medical Nemesis* (1982), Ivan Illich desarrolla una teoría sobre la denominada iatrogenia,

también llamado la violencia médica. Subraya tres categorías de iatrogenia: clínica, social y cultural. La iatrogenia clínica refiere principalmente a los daños provocados por el médico hacia el paciente por practicar intervenciones inútiles o dañosas. La iatrogenia social engloba los cambios socioeconómicos que promovieron la medicalización e institucionalización de la salud (y en el caso de la violencia obstétrica, el parto y el embarazo en particular). Quita la capacidad de la toma de decisiones de las personas sobre asuntos relacionados con su propio estado interno de salud y su entorno social. La iatrogenia cultural describe la manera en que la medicina como institución "despoja a la población de la voluntad para sufrir la realidad". Es decir, que los individuos llegan al extremo de carecer de capacidades para enfrentar lo inevitable; dolor, discapacidad, sufrimiento y la muerte. Ofrece en parte una explicación de porque las mujeres a estudiar en esta investigación caen en los dos tipos de iatrogenia y juegan su rol recíproco.

El proceso de la institucionalización del parto inició hace un siglo y provocó grandes cambios en su percepción social. El parto se convirtió en un proceso que se lleva a cabo atrás de puertas cerradas bajo la supervisión de un profesional de salud quien "sabe mejor" que la mujer usuaria o las parteras tradicionales. Así se llegó a depositar la confianza en profesionistas para tomar las decisiones sobre el cuerpo de la mujer, y, a la vez, esta perdió la confianza en sus propias capacidades para autogestionar su salud. Este proceso de institucionalización también tuvo un impacto cultural, pues se perdió la familiaridad con el parto y lo que implica, lo que generó miedo colectivo de "sufrir" este proceso, por lo tanto, inició la medicalización del parto y del cuerpo femenino. Todo lo anterior posibilita la violencia obstétrica que se puede observar hoy en día dentro de los hospitales públicos, específicamente de Mazatlán.

Adicionalmente, es de suma importancia entender al lenguaje utilizado por los profesionales de salud y las mujeres usuarias de salud debido a la influencia que tiene el lenguaje y la comunicación en la acción. El lenguaje consiste en "el intercambio de señales con valor

informativo" (Karam Cárdenas, 2011: 272). Sin embargo, la información que se intercambia no es neutral y no siempre es verídica, pero sí influye en la práctica (García Rada, 2022).

El lenguaje que utilizan los profesionales de salud suele ser muy codificado y casi imposible de entender para los quienes no forman parte de ese grupo de especialistas. Tienen códigos formales, que se manejan en textos científicos, e informales, que se usan entre ellos y no se encuentra en divulgaciones populares. Lo anterior puede ser aprendido por las mujeres usuarias de salud si tienen acceso a material de aprendizaje, pero el último es imposible de aprender sin ser parte de. Esto puede causar malentendidos entre profesionales de salud y usuarias de salud o hasta excluir a estas últimas de tratamientos. Esta exclusión quita su capacidad para decidir y puede ser considerado como una forma de violencia obstétrica (Tarazona, 2009).

María de la Victoria Rosales (2021) subraya la importancia de reciprocidad en la comunicación médico-paciente para lograr una adecuada comunicación (y con esta, un verdadero consentimiento informado). Desde su perspectiva, para que haya una adecuada comunicación, no solo la usuaria de salud tiene que entender al profesional de salud, sino, la usuaria de salud también tiene que estar entendida. Sin esta reciprocidad, no puede existir una adecuada comunicación médico-paciente ni una buena praxis médica.

Nota metodológica

El objetivo de la presente investigación es elaborar un panorama de la violencia obstétrica en Mazatlán. Con esto en mente, la presente investigación tiene un enfoque mixto y un enfoque epistemológico constructivista con un método de indagación inductivo. Realizamos una recopilación de datos mediante la solicitud de información de fuentes abiertas, en particular, la plataforma nacional de transparencia. El instrumento consistió en una serie de 37 cuestionarios que indagaron sobre la cantidad

de denuncias, partos vaginales, partos por cesárea y episiotomías en tres hospitales públicos de Mazatlán, los hospitales públicos de Sinaloa y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). En el caso del Hospital General Dr. Martiniano Carvajal, los datos fueron solicitados directamente porque la información no está disponible por la PNT.

Adicionalmente, una encuesta virtual fue aplicada a mujeres quienes tuvieron un hijo y buscaron atención médica durante el parto en el periodo de 2018-2022. La encuesta cubrió datos básicos sobre las mujeres y su parto, sus experiencias y percepciones del parto, y su conocimiento de la violencia obstétrica. La muestra era de conveniencia y la recopilación de datos comprendió desde el 22 de enero de 2023 hasta el 30 de enero de 2023. Contestaron 39 mujeres, 2 fueron desechadas por no conformar con los parámetros de inclusión, entonces la muestra final consistía en 37 mujeres.

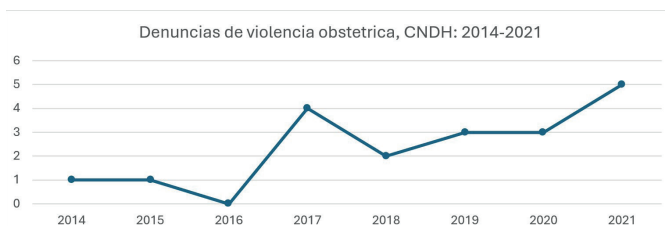
Por último, una encuesta virtual fue aplicada mediante Google Forms a 28 mujeres usuarias de salud mazatlecas quienes buscaron atención hospitalaria durante su parto. La muestra fue no representativa por conveniencia y se utilizó la técnica de bola de nieve junto con la difuminación de la encuesta por las redes sociales (particularmente en grupos de madres mazatlecas por Facebook y WhatsApp) para encontrar participantes. Otra encuesta virtual fue aplicada usando Google Forms a 12 profesionales de salud que laboran en Mazatlán. La técnica de bola de nieve fue utilizada para reclutar participantes. Los encuestados recibieron una palabra estimuladora y escribieron las primeras palabras que asociaron con el concepto. Después, enumeraron sus respuestas para señalar su nivel de relevancia con el concepto. Para analizar las respuestas, nubes de palabras fueron creadas tomando en cuenta la frecuencia y nivel de relevancia de las palabras.

Primera parte: Información obtenida por medio de fuentes abiertas

mantiene un registro de las denuncias de violencia obstétrica en la federación. Según sus cuentas, existe un total de 20 denuncias de violencia obstétrica desde 2014 hasta 2021. Se considera pertinente mencionar que la tasa real de la violencia obstétrica no se puede medir exclusivamente con base a la cantidad de denuncias por múltiples razones incluyendo a los siguientes: (1) carece de una definición legal, por lo tanto, puede ser difícil realizar una denuncia o las denuncias pueden estar escondidas en cifras de otros tipos de violencia médica, (2) como cualquier otro tipo de crimen, no todos los casos están denunciados y (3) muchas de las víctimas de violencia obstétrica no reconocen a su experiencia como violencia. Por lo anteriormente mencionado, se propone realizar una comparación entre las prácticas recomendadas y las prácticas reportadas por parte de las instituciones públicas de salud.

A continuación, se encuentra el gráfico 1 que muestra la cantidad de denuncias registradas por año en lo cual se puede observar una tendencia creciente de denuncias. Aunque la cantidad de denuncias sigue siendo mínima, tomando en cuenta lo antes mencionado, se considera que esto puede ser una buena señal que las usuarias de salud están reconociendo a las violaciones de sus derechos y haciendo el esfuerzo de denunciarla. Se espera que es un primer paso en atender al problema.

GRÁFICO 1: DENUNCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, CNDH: 2014-2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2023

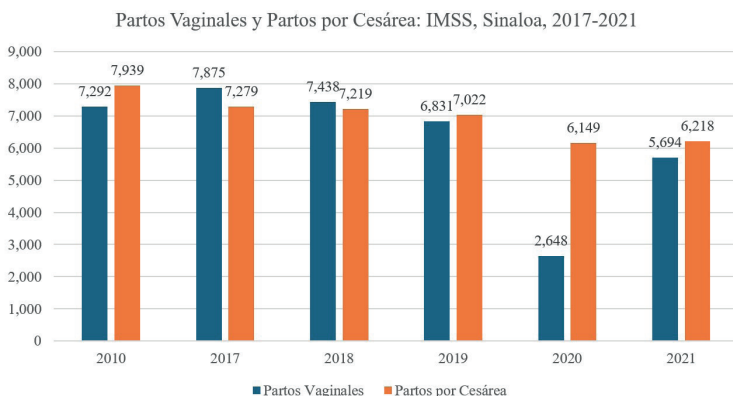
La CNDH también mantiene un registro del hecho

violatorio reportado en los casos de las denuncias de violencia obstétrica. De las 20 denuncias, 9 reportaron como hecho violatorio la negligencia médica y 9 mencionaron una falta de la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos o comisiones. El siguiente caso más reportado era omitir proporcionar atención médica.

En una declaración hecha por parte de la Organización Mundial de Salud en 2015, se concluye que, a nivel poblacional, una tasa mayor de 10% de partos por cesárea no está asociada con una reducción en la mortalidad materna ni infantil. Subraya que las cesáreas implican complicaciones considerables y a veces permanentes para la madre gestante y que sus implicaciones a largo plazo para ambos la madre y el infante todavía no son conocidos. Además, menciona que desde 1985, la comunidad médica internacional ha considerado que la tasa ideal de partos por cesárea es entre 10% y 15% (World Health Organization, 2015).

En el gráfico 2 se muestra que la cantidad de partos eutócicos (vaginales) y cesáreas en las instituciones de IMSS en el estado de Sinaloa entre 2017 y 2021. Están casi iguales en todos los años con la excepción de 2020 en donde se encuentran más del doble de partos por cesárea en comparación con la cantidad de partos vaginales en el mismo año. Con base a estos datos, es posible considerar que hasta un 40% de mujeres quienes tuvieron su hijo en una institución de IMSS en el estado de Sinaloa posiblemente son víctimas de la violencia obstétrica.

GRÁFICO 2: PARTOS VAGINALES Y PARTOS POR CESÁREA: IMSS, SINALOA, 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de los reportes de IMSS (1) Número de partos Eutócicos (vaginales) y OOAD, 2004-2021., 2022 y (2) Respuesta a la solicitud de información pública con folio 330018022035006, 2023

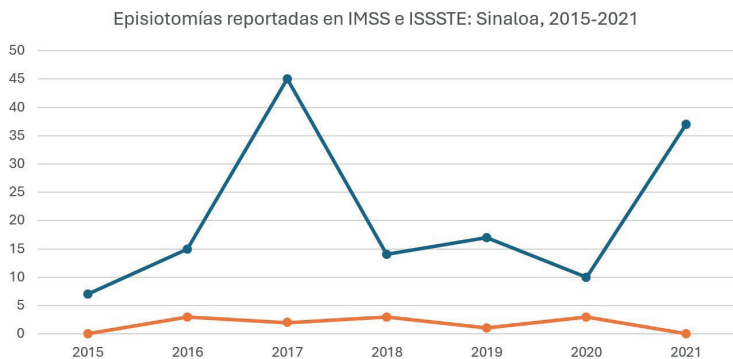
Agregando a lo anterior, también es interesante analizar la tasa de episiotomías reportadas. La Organización Mundial de Salud no recomienda el uso rutinario ni indiscriminado de las episiotomías para mujeres quienes tienen un parto vaginal espontáneo. Subrayan que no existe evidencia que la episiotomía es un procedimiento necesario en el cuidado rutinario y es un procedimiento que únicamente debe estar utilizado cuando es necesario utilizar instrumentos para facilitar un parto eutócico (lo cual también es un procedimiento controversial), lo cual dificulta determinar una tasa “aceptable” de episiotomías a nivel poblacional. Además, en el caso de realizar una episiotomía, se considera esencial el consentimiento informado de la mujer usuaria de salud y el uso de anestesia local para controlar el dolor (World Health Organization, 2021).

A continuación, se encuentran el gráfico 3 que muestra la cantidad de episiotomías reportados por IMSS e ISSSTE en el estado de Sinaloa entre 2015 y 2021. Es interesante

notar que, en el caso de IMSS, no reportan más que 3 episiotomías por año en todo el estado con un promedio de 1.6 episiotomías por año. Además, en los años 2005, 2015 y 2021 reportan que no hubo ninguna episiotomía en las instituciones del IMSS en el estado de Sinaloa. Se considera que la confiabilidad de estos datos es cuestionable tomando en cuenta lo observado durante la investigación. Es pertinente mencionar que en la encuesta mencionada posteriormente se encontró un caso de una mujer quien tuvo a su hijo en el IMSS de Mazatlán en el año 2021 por parto vaginal y reporta que le realizaron una episiotomía.

En el caso de los datos proporcionados por ISSSTE existe mucha fluctuación en la cantidad de episiotomías reportadas. El mínimo reportado fue 7 en el año 2015, el máximo fue 45 en 2017. Es difícil encontrar un patrón dentro de los datos proporcionados.

GRÁFICO 3: EPISIOTOMÍAS REPORTADAS EN IMSS E ISSSTE: SINALOA, 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de IMSS, Número de episiotomías y OOAD, 2004-2021., 2023 e ISSSTE, Solicitud 330017122007222 - Episiotomía de enero a diciembre de 2015 a 2021, 2023

Segunda parte: Encuesta sobre las experiencias del parto (2018-2022)

De las mujeres quienes formaron parte de la muestra, una mayoría (29.7% o sea, 11 de 37) tuvieron a su bebe en el año 2021, hubo una distribución más o menos igualitaria entre los otros años. Además, una gran mayoría (43.2% o sea, 16 de 37) asistieron a una institución privada para su parto. 35.1% (13 de 37) buscaron atención médica en IMSS, 16.2% (6 de 37) en el Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" y 5.4% (2 de 37) en ISSSTE de la ciudad de Mazatlán, Sinaloa.

Una considerable mayoría (91.9% o sea, 34 de 37) de las mujeres tuvieron un parto por cesárea. Solamente 3 de las mujeres respondieron que tuvieron un parto vaginal (eutócico); 1 en Hospital General en 2018, 1 en IMSS en 2021 y 1 en IMSS en 2022. Es pertinente subrayar que todas las mujeres quienes reportaron un parto vaginal además reportaron que los profesionales de salud quienes las atendieron realizaron una episiotomía. Es decir, ninguna de las mujeres tuvo un parto sin intervención quirúrgica.

La cantidad de episiotomías reportadas por medio de la encuesta es mayor que la cantidad de partos vaginales reportados lo cual puede ser explicado de varias maneras. (1) Existe un error de dedo. Posiblemente este caso fue un parto vaginal en que realizaron una episiotomía o, al contrario, es posible que fue un parto por cesárea en que no realizaron una episiotomía. (2) Hubo un malentendido debido a las limitaciones de la comunicación virtual. (3) Pasó un caso extraordinario en que de verdad tuvieron que realizar ambas intervenciones. Se considera que las primeros dos explicaciones son los más probables. Desafortunadamente, debido a las limitaciones de la encuesta virtual es imposible corroborar la información.

Contrario a lo esperado con base en los datos acerca de la tasa de intervención quirúrgica en el parto, la mayoría (64.9% o 24 de 37) de las mujeres contestaron que recibieron un buen trato durante su embarazo y parto. Se considera importante subrayar que solamente 17 de las 37 mujeres (45.9%) tenían conocimiento previo a

la encuesta sobre que es la violencia obstétrica. No se observa una desviación significativa estadísticamente entre el nivel de satisfacción de las mujeres al considerar las diferentes instituciones de atención.

Además de considerar la cantidad de denuncias de violencia obstétrica, las tasas de sobreintervención quirúrgica y el nivel de satisfacción de las mujeres usuarias de salud, también se considera esencial analizar a la comunicación que existe entre los profesionales de salud y las mujeres gestantes para lograr una perspectiva holística de la violencia obstétrica en Mazatlán, Sinaloa. Siguiendo la misma línea, la mayoría (64.9% o 24 de 37) de las encuestadas reportaron que tuvieron una buena comunicación con su ginecólogo durante toda la atención que recibieron en su periodo prenatal y perinatal.

No obstante, aunque la mayoría de las encuestadas reportaron que recibieron una buena atención y que tuvieron una buena comunicación con su ginecólogo, un 13.5% (5 de 37) mencionaron que sufrieron de agresión física o verbal por parte de algún personal de salud quienes las atendieron. Adicionalmente, un 8.1% (3 de 37) de ellas especificaron que experimentaron gritos.

Por su parte, una cantidad significativa (24.3% o 9 de 37) de las encuestadas mencionaron que no todas las intervenciones realizadas durante el parto fueron explicadas de manera adecuada. Añadiendo a esto, 18.9% (7 de 37) reportaron que los profesionales de salud realizaron intervenciones medicas al momento del parto sin pedir el consentimiento de las mujeres gestantes previamente. Ambas estadísticas muestran que existe una tendencia entre los profesionales de salud de Mazatlán, Sinaloa a no respetar la importancia del consentimiento informado. Aun considerando todo lo antes mencionado, solamente 13.5% (5 de 37) de las encuestadas reportaron que sintieron que los profesionales de salud no respetaron a su autonomía y sus derechos humanos y reproductivos al momento del parto.

Hay mucha evidencia que muestra la importancia del contacto piel con piel después del parto. En particular, un estudio reciente hecho por parte de la Organización Mundial de la Salud muestra que aún en casos de partos

prematuramente, el contacto piel con piel de manera inmediata después del parto aumenta la tasa de supervivencia (World Health Organization, 2022). Es por esto que se puede considerar que negar a la madre el acceso a su bebé después del parto como una forma de violencia obstétrica. No obstante, 19.4% (7 de 37) de los encuestados reportaron que los profesionales de salud realizaron exactamente esto.

Siguiendo la misma línea, la Organización Mundial de Salud subraya que permitir un acompañante durante el parto resulta en una mejora en tanto la experiencia de la mujer gestante y su desenlace del parto por lo tanto se considera que es un derecho de la mujer tener a un acompañante de su elección durante el parto (World Health Organization, 2020). A pesar de esto, una considerable mayoría (83.8% o 31 de 37) de las mujeres encuestadas reportaron que no les permitieron tener un acompañante. De aquellas quienes les fue permitido tener a un acompañante, 2 parieron en IMSS y 4 en una institución privada. Al indagar acerca de las razones porque no permiten la entrada de un acompañante, los profesionales de salud mencionaron la falta de infraestructura adecuada, la sobre saturación de las instituciones de salud públicas y la (no) privacidad de las usuarias de salud.

Tercera parte: Lenguaje asociado con el embarazo, el parto y la violencia obstétrica

Muchas investigaciones acerca de la violencia obstétrica atribuyen el problema a la discriminación hacia las mujeres por parte de los profesionales de salud. Con esto en mente, la primera palabra estimuladora para los profesionales de salud era "mujer embarazada". Se pueden ver las respuestas representadas por medio de una nube de palabras en el gráfico 4. La palabra que más asociaron con la mujer embarazada era lactancia. También hubo mucha mención del control prenatal y lo que conlleva ("control", "producto", "alimentación", "tacto", "amnios", "aumento de kilos", "orientación", etc.), lo cual indica una

perspectiva muy medicalizada del embarazo. Aunque el concepto estimulador era "mujer embarazada", hicieron más referencia al embarazo que a la mujer. La palabra que usaron que más se puede relacionar con la mujer es "mamá".

GRÁFICO 4: "MUJER EMBARAZADA" PROFESIONALES DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Simone de Beauvoir relacionaba la discriminación y deshumanización hacia las mujeres con el esclavismo. Junto con ella, varias feministas han afirmado que la violencia obstétrica tiene su raíz en una matriz patriarcal que considera a las mujeres como la propiedad o esclavas de sus hombres. Adams en particular, subraya lo que se denomina como la "esclavitud reproductiva" en que la mujer embarazada deja de ser vista como una persona o una mujer y está percibido por la sociedad como una simple machina de reproducción (Selzer-Fraiman, 2020).

Siguiendo esta línea de las mujeres como 'machinas reproductivas', Marx utiliza el término "cosificación" para describir el fenómeno de la sociedad capitalista a desvalorizar a los hombres y verlos como simples obreros en vez de como personas. Bajo esta perspectiva, el valor que tiene un sujeto u objeto solo puede ser cuantificado según su capacidad de generar capital y no de ninguna otra manera. Algunas investigaciones han combinado la teoría de la cosificación de Marx con teorías feministas para describir el fenómeno de la violencia obstétrica. Teorizan que la mujer durante el parto deja de ser vista como mujer/persona y están vistas simplemente como productoras de bebés (Giddens, 2006).

También se puede visibilizar aquí lo que Ivan Illich (1982) denomina la iatrogenia social. Utiliza este concepto para describir la manera en que medicina moderna ha creado y perpetuado la creencia social que los profesionales de salud y las instituciones de salud son los únicos personas y lugares que pueden y deben atender a la enfermedad. Haciendo que los miembros de la sociedad rechazan a métodos tradicionales de mantenerles sanos a favor de acudir con un medico o a un hospital. Esto significa que las mujeres embarazadas ya no son agentes independientes, libres de decidir sobre su salud, sino son sumisas a un sistema de salud que decida por ellas. Dentro de esta sistema, otra vez, las mujeres embarazadas pierdan su humanidad y están vistas como un embarazo, un proceso fisiológico, una condición en que los profesionales de salud deben intervenir.

La siguiente palabra estimuladora dirigida hacia los profesionales de salud era "parto". En este caso, la palabra que tenía mayor asociación era "dolor". Igual a la última, también hubo mucho uso de terminología médica para hacer referencia a los actores ("paciente", "doctor", "neonato"), la anatomía ("vagina", "placenta", "cordón"), posibles complicaciones ("desgarro", "hemorragia", "sangre") o su rol ("historial médico", "signos vitales", "fluidos", "medicamentos"). Sin embargo, y a diferencia de la última palabra estimuladora, existe un cierto nivel de asociación con términos positivos ("seguridad", "vida", "felicidad", "alegría") también. A continuación, el gráfico 5 muestra las palabras que los profesionales de salud asociaron con "parto" en forma de una nube de palabras.

GRÁFICO 5: "PARTO" PROFESIONALES DE SALUD



veces inician una cascada de intervenciones que convierte el parto en algo traumático.

Es interesante notar que, aunque la percepción predominante del parto incluye el dolor, esto no es la realidad para todas. Ina May Gaskin (2003) menciona en su libro que para algunas mujeres el parto no es un proceso doloroso y hasta puede ser extático. Subraya una investigación antropología que comparaba las experiencias de parto de mujeres estadounidenses y holandeses que encontró que las primeras esperaban sentir el dolor y que iban a necesitar anestesia para el dolor mientras que las segundas no esperaban mucho dolor y tampoco tuvieron como expectativa recibir anestesia. En ambos casos, sus experiencias fueron congruentes con sus expectativas. Es decir, al esperar que iban a sufrir más dolor, sintieron más dolor.

La palabra que las encuestadas más asociaron con la violencia obstétrica era "tacto", también hubo muchas palabras relacionadas con la medicalización del parto ("doctores", "enfermeras", "hospital", "episiotomía", etc.). "Hombres" era la palabra con el segundo mayor nivel de asociación. Otras palabras que asociaron con violencia obstétrica con el género fueron "mujer", "patriarcado", "misoginia", sin embargo, la frecuente mención de ambos "doctores" y "enfermeras" señala que el problema no consiste exclusivamente en violencia promulgada por profesionales de salud masculinos hacia las mujeres usuarias de salud, sino también, las mujeres encuestadas perciben a las profesionales de salud femeninas como actores de violencia. Adicionalmente, hubo mucha mención de la deshumanización ("grosero", "apatía", "discriminación", "enfermeras solo mirando", "indiferente", etc.) y la cotidianidad ("realidad", "estadística", normalizado") de este tipo de violencia. Enseguida, el gráfico 7 visibiliza las respuestas.

GRÁFICO 7: "VIOLENCIA OBSTÉTRICA" MUJERES USUARIAS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Aunque las mujeres usuarias de salud asociaron a la falta de información ("desinformación", "mala comunicación") con la violencia obstétrica, los profesionales de salud no valoraron al consentimiento informado de la misma manera. En el gráfico 8, se puede observar las palabras que asociaron con el concepto: "Firma" y "procedimiento". Lo consideran como un simple cumplimiento para reducir el riesgo de posibles demandas.

GRÁFICO 8: "CONSENTIMIENTO INFORMADO" PROFESIONALES DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Se observa que la tasa de intervención quirúrgica en el parto reportado tanto por las instituciones de salud y las mujeres usuarias de salud en Mazatlán, Sinaloa

es inaceptable. Además, es notable que, debido a las faltas de comunicación entre los profesionales de salud y las usuarias de salud, el consentimiento informado y la autonomía de las usuarias de salud no están siendo respetados. Las prácticas rutinarias de dichas instituciones son contrarias a las recomendaciones de mejora práctica y constituyen una forma de violencia sistémica.

Se considera que el enfoque mixto era esencial para llegar a un panorama completa del problema, sin embargo, es necesario realizar mas estudios cualitativos para profundizar en las diversas manifestaciones de la violencia obstétrica. En particular, un estudio etnográfico sería útil para conocer con profundidad el lenguaje medico informal utilizado por los profesionales de salud y sus efectos. Adicionalmente, realizar un estudio cuantitativo a una escala masiva podría ayudar visibilizar más al problema.

Por falta de acceso, no fue posible realizar un estudio cuantitativo a escala más grande ni un estudio etnográfico. Realizar una investigación interdisciplinaria podría brindar este acceso y, también, conocimiento especializado de la salud y la praxis médica.

Adicionalmente, un estudio centrado en el concepto del dolor, su significado para ambas partes estudiados, y la manera en que su significado influye en la acción podría ser de alto interés. En su libro *Guide to Childbirth*, Ina May Gaskin (2003: 174) subraya que el parto no siempre es algo doloroso y que es mas probable que las mujeres van a experimentar dolor durante su parto si esperan sentir dolor. La Biblia vincula el parto con el dolor como una forma de castigar a las mujeres por el pecado original, sin embargo, hoy en día no solo son las personas religiosas quienes siguen promulgando el idea del parto doloroso.

Tomando en cuenta las teorías de Ivan Illich, se considera que la tasa de violencia obstétrica observada se debe, principalmente, a la institucionalización y medicalización del parto, lo cual implica que los profesionales de salud están capacitados para violentar a las madres gestantes y ellas mismas están socializadas para aceptar dichos abusos.

Por lo antes mencionado, se considera que la violencia obstétrica debe reconocerse como un problema grave

en Mazatlán, Sinaloa que es sistémico e institucional, así como resultado de la participación recíproca tanto de los profesionales de salud como las mujeres que se victimizan. Se considera que el primer paso para combatir este problema debe ser el establecimiento de una definición legal de la violencia obstétrica. Adicionalmente, se propone la implementación de una campaña educativa hacia las estudiantes de nivel medio superior con el fin de concientizarlas acerca de sus derechos reproductivos y familiarizarlas con el lenguaje médico. Finalmente, con el fin de reducir la carga que tiene el sistema hospitalario y, a la vez, ofrecer un sistema de salud más humanizada, se sugiere la formalización de la profesión de las parteras y la promoción de la opción del parto en casa asistida.

Bibliografía

- Castro, R., & Frías, S. M. (2019). *Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey*. SAGE, 1-18. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Almaguer González, J. A.; García Ramírez, H. J. & Vargas Vite, V. (2010). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: Una forma de Patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y Salud en Cifras*. 8(3): 3-12.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. (A. M. Sheridan, Trad.) Taylor & Francis Group.
- García Rada, A. (25 de mayo de 2022). Cambiar el lenguaje médico para curar mejor: "Existe una falta grave de formación en el trato". *El País*. Recuperado el 10 de septiembre de 2024, de <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-05-25/cambiar-el-lenguaje-medico-para-curar-mejor-existe-una-falta-grave-de-formacion-en-el-trato.html>
- Gaskin, I. M. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth* (2019 edition ed.). Bantam Books.
- Giddens, A. (2006). *Capitalismo y la moderna teoría social*. Barcelona: Idea Books.

GIRE. (2015). *Niñas y mujeres sin justicia*. Coyoacán: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. Obtenido de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>

Illich, I. (1982). *Medical Nemesis*. New York: Pantheon Books.

INEGI. (6 de septiembre de 2024). *Nacimientos registrados por entidad federativa de residencia habitual de la madre según sexo, serie anual de 2010 a 2022*. Obtenido de [inegi.org.mx: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad Natalidad 01_01e3096f-fc70-408e-a6e4-82d8e3bee474](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Natalidad Natalidad 01_01e3096f-fc70-408e-a6e4-82d8e3bee474)

INMUJER. (s.f.). *Violencia Obstétrica*. Recuperado el 19 de marzo de 2025, de <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/violencia-obstetrica>

Karam-Cárdenas, T. (2011). Quinta Parte. Comunicación. En L. J. Galindo Cáceres (Ed.), *Comunicología posible* (págs. 263-314). México, D.F.: UIC Universidad Intercontinental, A.C.

Palacio Legislativo de San Lázaro. (2019). Iniciativa Que Adiciona el Artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, a Cargo de la Diputada Mildred Concepción Ávila Vera, Del Grupo Parlamentario de MORENA. Obtenido de http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/04/asun_3871930_20190429_1556225465.pdf

Rosales, M. D. (12 de 2021), Comunicación en la Relación Médico – Paciente. *Vida y Ética*. 22(2): 9-26. Obtenido de <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3967>

Tarazona, C. (2009). *Lenguaje médico informal y jerga médica*. Retrieved septiembre 10, 2024, from IntraMed: <https://www.intramed.net/content/50898>

World Health Organization. (14 de abril de 2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

World Health Organization. (9 de septiembre de 2020). *Every woman's right to a companion of choice during childbirth*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/news/item/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth>

World Health Organization. (29 de agosto de 2021). *WHO recommendation on episiotomy policy*. Obtenido de srhr.org: [https://srhr.org/rhl/article/who-recommendation-on-episiotomy-policy#:~:text=If%20an%20episiotomy%20is%20performed,anal%20sphincter%20injury%20\(OASI\).](https://srhr.org/rhl/article/who-recommendation-on-episiotomy-policy#:~:text=If%20an%20episiotomy%20is%20performed,anal%20sphincter%20injury%20(OASI).)

World Health Organization. (15 de noviembre de 2022). *WHO advises immediate skin to skin care for survival of small and preterm babies*. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>