

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales



Relaciones de poder y discriminación en los servicios de salud. Un acercamiento antropológico a casos de maltrato durante la atención médica en comunidades El Rodeo y La Laguna, Cuilco, Huehuetenango

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por  
Luna Sofía Oliva Alfaro  
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología

Guatemala  
2014



Relaciones de poder y discriminación en los servicios de salud. Un acercamiento antropológico a casos de maltrato durante la atención médica en comunidades El Rodeo y La Laguna, Cuilco, Huehuetenango

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales



Relaciones de poder y discriminación en los servicios de salud. Un acercamiento antropológico a casos de maltrato durante la atención médica en comunidades El Rodeo y La Laguna, Cuilco, Huehuetenango

Trabajo de graduación en modalidad de tesis presentado por  
Luna Sofía Oliva Alfaro  
para optar al grado académico de Licenciada en Antropología.

Guatemala  
2014

Vo. Bo.:

(f):   
Dr. Alejandro Cerón Valdés, PhD

Tribunal examinador:

(f):   
M.A. Tatiana Paz Lemus

(f):   
M.A. Andrés Álvarez Castañeda

(f):   
Dr. Alejandro Cerón Valdés, PhD.

Fecha de aprobación: Guatemala, 17 de junio de 2014



# CONTENIDO

Lista de cuadros .....	xiii
Lista de tablas .....	xiv
Lista de figuras .....	xv
Resumen .....	xvii
I. Introducción.....	1
II. Acercamiento teórico y antecedentes.....	5
A. Poder .....	6
B. Discriminación e inequidades sociales en Guatemala .....	12
C. Inequidad, discriminación y maltrato hacia mujeres en atención biomédica .....	16
1. Inequidad y desigualdad en la atención médica.....	16
2. Maltrato y discriminación hacia mujeres en el sistema de salud.....	19
D. Inequidad en el acceso a la salud en Guatemala y derechos .....	28
1. Inequidad en el acceso a los servicios .....	28
E. Contexto social y servicios de salud en Huehuetenango y Cuilco .....	31
1. Demografía y características socioeconómicas .....	31
2. Generalidades: identidad y relaciones étnicas en Cuilco.....	32
3. El sistema de salud en Huehuetenango y Cuilco .....	34
III. Marco metodológico .....	37
A. Pregunta generadora .....	37
B. Objetivos .....	37
1. Objetivo general .....	37
2. Objetivos específicos.....	37
C. Diseño de investigación .....	37
D. Proceso de investigación .....	38
E. Diseño de muestra .....	39
F. Proceso de recolección de información .....	40
G. Instrumentos.....	41
1. Entrevistas grupales .....	41
2. Entrevistas informales y no estructuradas.....	42
3. Entrevistas semiestructuradas.....	43
H. Análisis de datos .....	45
IV. Resultados .....	47

A.	Maltrato en los servicios de salud .....	47
B.	Abusos por medio de la indiferencia y negligencia .....	51
C.	Imposición y coacción .....	53
D.	Coacción y abuso verbal .....	59
E.	Abusos, daños físicos y negligencia .....	70
F.	Naturalización del maltrato.....	71
V.	Análisis de resultados .....	77
VI.	Conclusiones.....	99
VII.	Recomendaciones .....	105
A.	Mayor inversión y mejor administración local de recursos .....	105
B.	Descentralización del poder municipal y departamental.....	106
C.	Apropiación de prácticas de salud tradicionales y no tradicionales.....	106
D.	Reconocimiento del racismo y la discriminación social .....	107
E.	Evaluación de los servicios y vigilancia .....	107
F.	Educación sexual y reproductiva y derechos reproductivos .....	108
VIII.	Referencias bibliográficas .....	111
IX.	Anexos .....	117

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 – Categorías formuladas sobre hallazgos de maltrato .....	24
Cuadro 2 –Factores contextuales que limitan la mejora en el trato .....	26
Cuadro 3 –Cantidad de establecimientos a nivel nacional del MSPAS .....	28
Cuadro 4 – Descripción general de los principales resultados.....	48
Cuadro 5 – Diferencias sociales entre mujeres pacientes y servicios de salud .....	95
Cuadro 6 – Condiciones sociales que permiten espacios de discriminación y maltrato .....	100
Cuadro 7 - Condiciones sociales y relación de menor o mayor exposición al maltrato .....	102
Cuadro 8 – Resultado de proceso de codificación .....	117
Cuadro 9 – Matriz de episodios de maltrato .....	121
Cuadro 10 – Codificación, citas y categorías.....	156

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Número de establecimientos de salud para el año 2001 .....	30
Tabla 2 – Etapa 1, criterios de selección para entrevistas grupales .....	40
Tabla 3 – Etapa 2, criterios de selección y recurso metodológico .....	41
Tabla 4 – Frecuencia en la que los diferentes abusos fueron mencionados .....	49

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Definición del maltrato hacia mujeres durante el parto .....	20
Figura 2- Proceso de investigación .....	39
Figura 3 – Representación de la relación entre diferentes tipos de maltrato .....	50
Figura 4 - Descripción de la negligencia como estrategia de maltrato .....	51
Figura 5 – Descripción sobre imposición de procedimientos y limitación de autonomía .....	54
Figura 6 – Mapa de caso sobre experiencia de coacción y castigo .....	57
Figura 7 – Esquema sobre coacción y abuso verbal.....	60
Figura 8 – Primer caso de maltrato recibido por DMRA.....	63
Figura 9 – Segunda experiencia de maltrato de María.....	64
Figura 10 – Mapa de caso sobre violencia física.....	71
Figura 11 – Naturalización del maltrato, “nos consideran” .....	74
Figura 12 – Poder simbólico y estigma.....	80
Figura 13 – Poder estructural .....	87
Figura 14 – Factores del campo social que condicionan las relaciones de poder .....	93
Figura 15 – Mapa geográfica de Cuilco .....	120



## RESUMEN

Esta investigación, surge como parte del proceso de trabajo de documentación de casos de maltrato y discriminación en los servicios de salud, generado por el Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud, CEGSS. La recopilación de información de los casos, se realizó en dos aldeas cercanas a los límites fronterizos entre Guatemala y México: aldea El Rodeo y Buenos Aires, en el municipio de Cuilco del departamento de Huehuetenango. La metodología empleada, fue exclusivamente cualitativa y el análisis de información se basó e inspiró en los principios de la teoría fundamentada. Por medio de entrevistas a profundidad, se recopilaron más de 20 casos que describieron las experiencias de maltrato, los cuales fueron transcritos y codificados. Los resultados principales, fueron la indiferencia, la coacción y la negligencia médica, entre estos, se encontraron patrones de violencia verbal y violencia física. Además, surgió como resultado principal, prácticas de control hacia el cuerpo de las mujeres como un generador de prácticas de violencia obstétrica. En Latinoamérica, existen pocas investigaciones ligadas a esta problemática, por ello se considera que es importante la continuidad de este tema en la agenda investigativa, asimismo, impulsar mecanismos para erradicar el maltrato y la discriminación en los servicios de salud pública desde el fortalecimiento y aplicación de políticas públicas viables, incluyentes y evaluativas.



# I. INTRODUCCIÓN

A nivel global existe una fuerte desigualdad en el acceso a los servicios de salud donde la mayoría tiene pocas posibilidades de ser atendidos, contar con personal médico y acceder libremente a los servicios en salud, que incluye el derecho a recibir un servicio completo, de calidad, informado y a la toma de decisiones.

En Latinoamérica, persisten grandes desafíos para que los servicios sean accesibles; los derechos en salud han sido limitados principalmente por la desigualdad en la asignación de recursos económicos y por su mala administración. En Guatemala, por ejemplo, existe una fuerte desigualdad en la distribución económica, especialmente para los gobiernos e instituciones municipales que no logran abastecer los servicios.

La situación de Guatemala se agrava porque la mayoría de los recursos estatales están concentrados en ciertas áreas, y en menor medida en muchos de los territorios. Aunque hay una falta en general de la inversión en salud, existe una relación entre el territorio en donde se ha invertido y la etnicidad de sus pobladores. Los datos demuestran que el capital hospitalario y humano tiene preferencia a dirigirse a las áreas urbanas, como lo son la capital y algunos cascos departamentales; mientras que las regiones rurales, obtienen menor financiamiento público.

Los privilegios e inequidades tienen una relación con la etnicidad, las poblaciones indígenas son las que suelen recibir menos recursos en salud. Usualmente, no hay una adecuación de los servicios a la cultura y tradición e idioma local. Asimismo, sucede con las poblaciones que históricamente han permanecido en territorios empobrecidos, donde hay poca gobernabilidad. Aunque, suele pasar que las poblaciones no se identifican como indígenas o que son minoría entre poblaciones indígenas, éstas también son igualmente afectadas. Casi en la totalidad del país existe una fuerte inversión privada en la salud; la mayoría de ciudadanos son los que normalmente pagan los servicios en salud, incluso regiones cuyas poblaciones son pobres buscan obtener medios económicos que solventen los pagos en salud.

Sin embargo, a pesar de que algunos puedan acceder a un servicio de salud, la capacidad de pagar un servicio privado en salud o de usar un servicio público, no garantiza que el servicio conlleve respuestas positivas para los pacientes. Es usual que los servicios no ofrezcan un trato respetuoso en cumplimiento con los derechos humanos y los derechos en salud.

La discriminación y racismo son de las prácticas más comunes durante el uso de los servicios de salud por parte de los servidores públicos hacia las y los pacientes o usuarias lo

que evidencia que la posibilidad en el acceso a atención en salud está también determinada por los prejuicios y creencias.

La desigualdad en el acceso libre a la salud no es exclusivamente física o geográfica. Una de las instituciones públicas que suele estar mucho más presente y en contacto con los ciudadanos, es el sistema de salud pública, y a pesar de que no exista una cobertura total del territorio nacional para cubrir las necesidades en salud, la presencia de agentes profesionales en salud, suele afectar negativamente este derecho. Los servicios de salud no son completamente confiables, incluso se sabe que hay poblaciones que deciden no utilizarlos por la mala calidad de sus servicios.

La agenda investigativa global ha identificado el maltrato como un fuerte generador de inequidades en el acceso a la salud. En Guatemala, ha sido poco el acercamiento investigativo sobre las desigualdades e inequidades en salud fomentado por prácticas discriminatorias y violentas. Durante los últimos años, a nivel global, ha incrementado el interés por promover su documentación y su erradicación, incluso, existen redes de organizaciones e instituciones a nivel internacional que se dedican a la incidencia por medio de la investigación social. Tras ser calificado como uno de los grandes obstáculos para el acceso a la salud, estas iniciativas son precedentes importantes que pueden influir en soluciones pragmáticas para la política pública.

La presente investigación surge del interés de rescatar experiencias de maltrato. El Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza, CEGSS, es una organización civil que ha trabajado para la mejora de los servicios en salud, y ha incorporado estrategias de participación ciudadana como herramientas de cambio a través de demandas dirigidas a las autoridades a nivel local y nacional. Por medio de procesos de empoderamiento y gobernanza se ha logrado monitorear algunos servicios de salud pública locales, asimismo desde la inspección fiscal. (CEGSS, 2013) La organización del CEGSS y los Consejos Comunitarios Nacionales para la Salud han identificado que la discriminación, y sobretodo el racismo, son una de las fuertes limitantes para el acceso libre a los servicios; por ello, se propuso generar documentación sustanciosa sobre casos de maltrato para su identificación y caracterización.

En Cuilco, Huehuetenango se presentaron quejas sobre la discriminación vivida al momento de dirigirse al puesto de salud y al Centro de Atención Materno Infantil, CAIMI. Las aldeas El Rodeo y La Laguna, están ubicadas una hora de la cabecera municipal en automóvil y a 15 minutos de la frontera con México.

La investigación fue exclusivamente cualitativa. En general, la metodología para la recolección de casos fue guiada por el método “de redes”, se realizaron entrevistas a profundidad sobre los casos y un análisis cualitativo inspirado en los procedimientos de codificación de la teoría fundamentada. Al utilizar métodos de sistematización de información, propia de la teoría fundamentada, se motivó al análisis teórico desde el dato, sin uso de recurso teórico previo a la investigación de campo. Este recurso fue utilizado únicamente para la sistematización de datos

por medio de métodos de comparación pero no para sustentar nuevos planteamientos teóricos. Aunque sustenta la discusión de los resultados, no se elaboró una nueva propuesta teórica, ya que, esta necesitaría de mayor profundidad investigativa. Sin embargo, el uso de este método fue valioso al permitir que los datos hablaran por sí mismos; ya que sugirió otros acercamientos temáticos.

Durante la investigación de campo, las mujeres describieron los episodios completos desde su perspectiva, por el otro lado, los instrumentos fueron diseñados para no hacer intervenciones definitorias sobre discriminación y racismo, lo que evitó posibles sesgos en la investigación y permitió conocer las perspectivas y definiciones locales sobre el maltrato, la discriminación y el racismo. El proceso de codificación permitió identificar los términos utilizados localmente para describir el maltrato y la discriminación, los cuales fueron bastante enriquecedores.

Los resultados de la presente tesis presentan varios patrones de maltrato: abuso verbal, físico, uso de la coacción, la indiferencia e incluso aparentes “buenos tratos”. También se obtuvo los factores contribuyentes al maltrato: la discriminación por pertenencia étnica y nivel económico y género. Éstos ilustran la apropiación de distintos tipos poder por parte de los servidores de salud. Los datos permitieron aclarar que las relaciones de poder provienen de construcciones culturales, y se planteó que las ideas y creencias de los agentes dominantes sirven como herramientas de poder al ser definidores de las diferencias sociales y la legitimización de las creencias de superioridad sobre otros. Para abordar lo anterior, se sustenta el análisis por medio de lo que se conoce como “poder simbólico”, propuesto por Pierre Bourdieu y sobre la naturaleza del poder elaborada por Erick Wolf.

Otros de los resultados más importantes fue la relación que existe entre las políticas en salud dirigidas hacia las mujeres, el maltrato y la violencia en las que están expuestas. Las políticas globales sobre la salud se dirigen particularmente a cubrir necesidades básicas en salud, tal como el cuidado materno y la salud reproductiva de la mujer para contrarrestar los índices de muertes y altas tasas de natalidad. Para ello, el propósito ha sido generar que los servicios en salud para mujeres lleguen a las comunidades y con ello hacer posible el incremento de los servicios y su uso.

Evidentemente, el esfuerzo por disminuir la mortalidad materna ha tenido algunos cambios; sin embargo, se han reconocido fuertes aspectos que limitan el acceso libre a los servicios, especialmente para las mujeres. Varias documentaciones han registrado que la discriminación y el maltrato hacia la mujer son bastante altos y que se han hecho poco por intentar erradicar estas prácticas. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), las prácticas violentas y discriminatorias genera que las mujeres no deseen buscar de nuevo el uso de los servicios en salud pública, por ello se ha considerado que este problema amenaza la salud sexual y reproductiva, y segundo, que construye barreras en las mejoras en la calidad de los servicios (WHO, 2014: 1).

La desigualdad en el acceso a la salud contiene rasgos sociales que son el reflejo de la estructura social. Para los casos de violencia y discriminación se plantea que la estructura social rige el orden social validado y normalizado, donde las relaciones sociales que suceden dentro de los servicios de salud no son ajenas al contexto global o macro de la sociedad a la que pertenece. Se propone que las prácticas de violencia son la internalización de creencias culturales de un grupo dominante donde los capitales culturales y capitales económicos. Estas prácticas son un instrumento social que otorga poder a agentes dentro de las instituciones públicas, y dentro del campo de poder social local, han generado una lucha de poderes, otorgando privilegios a grupos históricamente dominantes. La violencia que experimentan las mujeres al momento de ser atendidas es fruto de una organización social que limita de poder a muchos y otorga poder a otros. De esta manera se explica que las dinámicas locales responden a la cosmovisión y red de significados de las clases dominantes, y al haber una acumulación de poder dentro de la institución crea espacios de violencia.

## II. ACERCAMIENTO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

El siguiente marco teórico pretende establecer algunos conceptos que sustentarán el análisis de los resultados obtenidos, de manera particular sobre las relaciones de poder que se presentan en espacios de la atención pública en salud. Aunque, se tenía la expectativa de contar con un marco teórico que explique la naturaleza de las relaciones de poder dentro de las instituciones públicas, no se tiene aún planteamientos teóricos que se acerquen a exponer la problemática en cuestión. El problema condensa varios tipos de maltrato, relaciones de poder que provienen de distintas vías, ya sea de género, étnico e incluso profesional. Es necesario mencionar la dificultad para encontrar planteamientos conceptuales, que en general, posibilitaran sustentar el porqué de las prácticas de maltrato en la atención de salud pública, ya que estas son escasas. La guía que llevó a la elaboración de este marco teórico para argumentar las prácticas de maltrato fue el uso del poder como mecanismo de control y sumisión.

Es importante señalar que existen algunos planteamientos que sustentan razonamientos sobre el poder y la violencia en los servicios de salud dirigidos hacia las mujeres. La mayoría de casos de violencia hacen referencia a la coerción por parte de los servidores de salud hacia las pacientes durante el trabajo de parto, conocido como violencia obstétrica. Aunque el término de violencia obstétrica se ha utilizado recientemente para conceptualizar la violación de derechos de las mujeres durante el trabajo de parto se ha elaborado poco desde la teoría, lo que limitó complejizar y dar totalidad al marco conceptual (Arguedas, 2014: 146). En el presente marco teórico está ausente la visión de poder desde la teoría feminista, que podría aportar de manera más amplia la percepción y control de los cuerpos de las mujeres dentro de las instituciones de salud; y sobre cómo estas relaciones de género, se han normado, estandarizado y establecido dentro las instituciones públicas. A futuro, queda pendiente profundizar en las teorías de género, específicamente sobre el control del cuerpo y la violencia dentro de las instituciones como mecanismo de poder hacia las mujeres.

A pesar de esta limitante, para efectos del presente trabajo de tesis se optó por conceptos que logran aplicarse en distintos espacios generadores de coerción: el mecanismo de poder como tal, y, por otro lado, las relaciones étnicas en Guatemala. En primer lugar, se eligió dos teorías que exponen la naturaleza del poder; una de ellas elaborada por Erick Wolf, y la segunda, por Pierre Bourdieu. Estos conceptos son flexibles para analizar las relaciones de poder entre individuos en bastas realidades y en condiciones diferentes, en este caso en particular la finalidad es ubicar estos elementos en circunstancias sociales, económicas y culturales que posibilitan el maltrato y la discriminación en los servicios públicos de salud. Este marco conceptual retoma el análisis sobre la discriminación y racismo y sobre las prácticas desiguales y la inequidad social que han sido históricamente apropiadas por segmentos de la

población guatemalteca. Para finalidades de la investigación, esta sección permite sustentar que las prácticas de inequidad en el trato, durante el servicio público en salud, se ven influenciadas por el fenotipo, la pertenencia étnica, grupo y clase social de la paciente.

## A. Poder

Es fundamental delimitar los conceptos que sustentan la naturaleza de las relaciones de poder. En este apartado se muestran los conceptos de dominación y poder y sobre lo que sustenta el poder y dominio de unos sobre otros. El sociólogo Max Weber, definió el acto de dominación de la siguiente forma:

<<la dominación...es la probabilidad de encontrar obediencia dentro de un grupo determinado para mandatos específicos (o para toda clase de mandatos)... esta dominación ("autoridad"), en el sentido indicado, puede descansar en los más diversos motivos de sumisión: desde la habituación inconsciente hasta lo que son consideraciones puramente racionales con arreglo a fines. Un determinado mínimo volumen de obediencia, o sea de interés en obedecer, es esencial en toda relación auténtica de autoridad. >> (Weber, 1960: 21).

Esta explicación incorpora en su definición que toda relación de poder, ya sea racional o inconsciente, está adscrita al elemento de autoridad, donde uno de ambos lados obtiene la obediencia del otro, es decir su sumisión. Weber explica que la dominación se encuentra dentro de relaciones en las que se puede en cierto grado "confiar" (tener creencia en su legitimidad, no importa qué tipo de poder sea). La dominación de unos sobre otros, puede ser legítimo para algunos, sin embargo también puede imponerse sobre la voluntad, autonomía y poder de otros. La naturaleza del poder trasciende los elementos de legitimidad, sobre todo cuando el poder de unos es deslegitimado por otros para obtener elementos de coacción en la relación social.

Para comprender la naturaleza del poder se hace referencia al trabajo de Pierre Bourdieu (1977, 2001) y Eric R. Wolf (2001). Ambos dan una explicación de cómo el poder opera en las estructuras y en los espacios sociales.

Primero, es importante rescatar la propuesta de Erick Wolf acerca del poder, la ideología y la cultura que ofrece un acercamiento a la comprensión de que las ideas de poder se construyen desde la cosmología de las sociedades. Wolf, trabaja el tema del poder y la ideología, donde la ideología tiene un contenido figurativo, es decir que los contenidos ideológicos son ideas generadas desde la cultura. Asimismo, afirma que las ideas se enlazan ("entretejen") entorno a las relaciones que norman el orden social, es decir que la cultura moldea las relaciones sociales y sus ideas (ideologías) pueden generar distinciones (diferenciación social) como un instrumento de poder (Wolf, 2001: 351-352).

El poder, por lo tanto, se genera desde las relaciones sociales adscritas a la cultura. Wolf califica que el poder se encuentra en la naturaleza del cosmos social, la cultura a su vez también

es moldeada por medio del ejercicio de poder, por ejemplo, el poder estructural que coloca o asigna a individuos en ciertas posiciones en la sociedad. Argumenta que el poder estructural debe comprenderse como un medio que explica cómo la gente participa dentro del mundo social, y que esta se relaciona con vías que manifiestan las distinciones que segmentan a una sociedad (Wolf, 2001: 352, 370):

<<...estas distinciones (encontradas en sus investigaciones de campo) se definen y se basan en cosmologías específicas que las representan como atributos del orden material, tanto en el sentido temporal como en el lógico. Los aspectos de la cosmología se amplían y se vuelven aún más elaborados para convertirse en ideologías que explican y justifican las aspiraciones individuales que reclaman el poder sobre la sociedad. >> (Wolf, 2001: 370).

Explicando el enlace que existe entre cultural y poder, sugiere que el establecimiento del orden cósmico (creencias, prácticas, rituales, etc.) es una necesidad para aquellos que tratan de organizar el poder, más que por querer alcanzar que el grupo obtenga esa “consistencia cognoscitiva”, la instauración de una cosmología propaga “verdades perlocutivas”, que se caracteriza no sólo por el orden de la mente, sino que además, la dirige con cierta intención: “*las orientan en una dirección determinada*”. Las cosmologías y las ideologías vinculan las cuestiones del poder con la vida cotidiana (Wolf, 2001: 370-371).

Segundo, para extender los planteamientos de Wolf sobre el poder, en un trabajo junto a Sydel Silverman (2001), se entiende el término poder como una palabra “polimorfa”, por los diferentes tipos de poder en diferentes tipos de relaciones. Wolf, hace una descripción de tres tipos de poder: 1) “*poder como atribución de potencial y capacidad de una persona*”, sin embargo esta dice muy poco acerca de la forma e intenciones del uso del poder; 2) el poder como la habilidad de imponer deseos o intenciones propias a las dinámicas e interacciones sociales pero esta no figura el entorno de su escenario social; y 3) el poder que controla los escenarios en la que las personas muestran sus potenciales. Esta tercera definición es llamada también por Wolf, como poder organizativo o táctico porque particulariza en los instrumentos de poder, indica: <<esta definición da relevancia a los instrumentos de poder y su utilidad para entender como las unidades de operaciones circunscriben las acciones de los otros dentro de determinados escenarios.>> (Wolf y Silverman, 2001:383- 384). En resumen, este último tipo de poder, logra condicionar el entorno de las relaciones sociales por medio de tácticas e instrumentos de poder (Wolf y Silverman, 2001:383- 384).

Wolf indica que hay un poder (un cuarto tipo de poder), que no solo se encuentra dentro de los escenarios sociales, también los organiza; este tipo de poder tiene la capacidad de estructurar las acciones de los otros, llamado “poder estructural”. Este tipo de poder orienta la organización y la producción de trabajo, aunque no habla sobre las interacciones sociales; da forma a las acciones que se dan en el campo social, de tal forma que predisponen maneras de comportamiento y prácticas sociales y culturales mientras limita otras. Incluso, se menciona que históricamente, los procesos de organización se desenvuelven por poderes tácticos y poderes

estructurales. Wolf habla sobre la organización, porque esta indica las relaciones entre individuos según el lugar y el control de sus recursos y sus "retribuciones". La organización no es exclusivamente un resultado de las dinámicas sociales, esta sigue siendo un continuo proceso en construcción y deconstrucción; estas, moldeadas en parte por el poder estructural. Sugiere también que, para el análisis antropológico del poder y de la organización, es preciso preguntarse en qué sentido se dirige su organización, está incluye cualquier tipo de organización, estado, instituciones, jefaturas, etc. (Wolf, 2001: 385, 390-391)

Wolf, destaca la importancia de reconocer la organización como un instrumento de poder estructural, donde se encuentran sujetos los tipos de prácticas sociales, y además donde las relaciones sociales también dependen de esta incluyendo el manejo de sus recursos.

En cuanto a la propuesta de Pierre Bourdieu (2001), se enmarca una serie de componentes que sugieren una realidad desigual en cuanto a la capacidad de obtención de poder, frente a las instituciones, organizaciones, agentes e individuos. La violencia estructurada y el uso del poder simbólico, se encuentran subsumidos en las relaciones desiguales en distintos ámbitos sociales. Bourdieu planteó la teoría del poder simbólico como instrumentos de dominación, como estructuras estructurantes y como estructuras estructuradas. Desde el análisis estructuralista de Bourdieu, se comprende el producto simbólico de poder como parte de una estructura dominante, donde los sistemas simbólicos son instrumentos de comunicación y fuentes de conocimiento, tienen poder de estructurar las relaciones sociales solo en cuanto estos sean parte de una estructura mayor (es decir, se encuentren estructurados). La sociedad comparte este sistema simbólico, que desde el sentido estructural-funcionalista, designa una función social a los símbolos de poder (en este caso le dan un sentido social a estos símbolos) que van más allá de un medio de comunicación a una función política (Bourdieu: 2001: 87-89):

<<El poder es omnipresente, el poder simbólico es en efecto este poder invisible que sólo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen>> (Bourdieu: 2001: 87)

<<El poder simbólico es un poder de la construcción de la realidad que aspira a establecer sentido inmediato del mundo, y en particular del mundo social...>> (Bourdieu: 2001: 89).

Los símbolos son instrumentos para la integración social, (como conocimiento y comunicación), hacen posible un consenso sobre el sentido del mundo social y contribuye a la reproducción del orden social incluyendo la integración moral y lógica de la sociedad. Para explicar la función del poder simbólico, Bourdieu hace referencia al marxismo sobre la construcción de la ideología en relación a los intereses de la clase dominante. La ideología no es un producto colectivo, está determinada por intereses particulares y de clase que tienden a presentarse aparentemente como intereses universales. Asimismo, la cultura dominante se distingue de otras clases, creando una falsa conciencia a las clases dominadas legitimando un

orden establecido por medio de jerarquías y distinciones sociales. Estos procesos conllevan a la legitimación de una ideología, obligando a los demás integrantes de la sociedad a definirse según su distancia respecto a la cultura dominante. La cultura, del grupo dominante, actúa como un instrumento de distinción y separación (Bourdieu: 2001: 93-96).

Según Bourdieu, los sistemas simbólicos tienen una función política, en cuanto las relaciones de comunicación permitan acumular poder a través de agentes e instituciones sociales implicados en sus relaciones. Esto contribuye y permite la dominación de una clase social sobre otra, llamada violencia simbólica. Es importante detallar que entre las clases sociales existe una lucha por la definición del mundo social según sus intereses, hay un deseo de convertirlo en algo legítimo y el poder de la clase dominante es básicamente por la adquisición económica y capital. Existe una imposición de su legitimidad también por medio de la producción simbólica del conocimiento social, delimitado entre quienes imponen el poder y quienes lo reciben. Este poder ha transformado y legitimado otras formas de poder y de dominación a través del potencial que tiene de cambiar la visión del mundo social (Bourdieu, 2001: 95, 98).

Asimismo, el poder simbólico como instrumento de orden social, delimita las diferencias sociales dentro de lo que Bourdieu describe como campo social y campo de poder. Teóricamente, ambos conceptos sustentan la comprensión de las relaciones sociales en función de las distinciones entre grupos sociales, subordinación, dominación y las luchas de poder.

Por otro lado, el campo social, define las relaciones sociales según el tipo de poder o capital que se tenga, donde los individuos, también llamados agentes, se encuentran en una constante competencia o lucha. Por lo tanto, el campo de poder, se va formando según las posiciones de los distintos agentes acorde a su distribución de poder y de capital que condicionan el acceso a beneficios dentro del campo social. En la práctica, las relaciones son objetivas frente a la realidad de dominación, subordinación u homología de otros agentes; por ello, el campo social es descrito como un sistema de diferencias y distancias según la distribución de diferentes tipos de capital, ya sea social, cultural y económico: <<El campo social es el conjunto de relaciones o un sistema de posiciones sociales que se definen unas en relación de otras. >> (García, 2001: 9) Estas diferencias también están en función de su historicidad, de la institucionalización, las leyes, costumbres y creencias en relación y dinámica con otras esferas sociales. El campo de poder, es un estado de relaciones de fuerza entre los tipos de poder y capital. Estas fuerzas "luchan" por imponer bases legítimas de dominación, con el propósito de hacer valer su capital como el capital dominante frente a los diversos campos sociales. Las relaciones de dominación dentro del campo de poder, no es exclusivamente un efecto directo de la clase dominante, sino que es un efecto indirecto del total de diversas acciones complejas dentro de una estructura (Bourdieu, 1989:14-21).

El campo funciona por la existencia de creencias, sentidos y motivaciones, que son intereses genéricos dentro del campo social, tanto de los actores sociales que dominan como de los dominados. Las conductas y prácticas son razonables, aunque no sea racional o consciente, en el campo de poder las prácticas conllevan algún interés. Bourdieu, explica la condición de *habitus* en los individuos como generador de prácticas, de percepciones, apreciaciones y acciones. En pocas palabras es un sistema de disposiciones en la que se dan las costumbres, una forma de ser, una predisposición, tendencia o inclinación. Como una estructura estructurada, son acciones adquiridas del aprendizaje social, y de la relación de las posiciones de los agentes dentro del sistema social: <<El habitus es un producto social que podría definirse como un operador de cálculo inconsciente que permite orientarnos sin necesidad de reflexión...no es un concepto abstracto, sino que es parte de la conducta (el modo de conducir la vida del individuo, traducidas tanto en maneras corporales como en actitudes o apreciaciones morales (el ethos)... el habitus es una subjetividad socializada. >> (García, 2001: 21-26). Bourdieu no explica el habitus como un modo mecanizado de los roles sociales, sino el *habitus* como un sistema cognitivo y un sistema de motivación, en la cual los intereses de los agentes están definidos y con ellas sus funciones objetivas y las motivaciones subjetivas de sus prácticas (Bourdieu, 1995: 73).

Recopilando las anteriores definiciones de poder; el poder debe explicarse más allá del acto desigual en el ejercicio de poder. De la perspectiva teórica de Erick Wolf, el poder debe comprenderse en la raíz cultural que lo rige desde que las ideas de poder provienen de la cosmología compartida en el conjunto cultural, es decir, de las creencias, los valores, y las verdades sociales que se razonan y se practican. En ese sentido, el poder es presentado cuando existe una construcción ideológica que establece y legitima posiciones y relaciones sociales desiguales en su cosmología. Las ideas son fruto del universo cultural de significados pero en vez de ser estáticas fluyen dentro del orden natural de la sociedad, algunas pueden lograr establecer fuertes ideologías y roles sociales, y transformar la estructura social y las jerarquías de poder. En coherencia con lo anterior, la cultura puede legitimar a los ojos de sus integrantes, las ideologías de poder dominante, y con igual peso, la dinámica de poder de unos frente a otros. Sin embargo, así como la cultura da forma a las ideologías y relaciones de poder; la estructura y dinámica social tienen la capacidad de cambiar la cultura, y en ella sus prácticas.

El poder que se proyecta desde los individuos puede ser diferente, dependiendo de cómo se presenta. Por ejemplo, el potencial o la capacidad atribuida a una persona y la habilidad de imponer deseos propios, sin embargo, estos no se transforman en el escenario social para magnificar las relaciones de poder o trascender en la estructura social. El poder organizativo, por otro lado, sí logra determinar los escenarios en la cual las personas actúan a través de "tácticas" de poder que condicionan la organización y el rol social. Asimismo, el poder estructural puede

limitar algunas prácticas sociales y culturales, y al mismo tiempo puede controlar la distribución de los recursos.

Bourdieu también habla de la cultura dominante y el poder estructural como instrumentos de dominación, pero los nombra como: el poder simbólico y violencia estructurada. El poder simbólico da sentido al mundo y aspira a la construcción de la realidad; en las palabras de Wolf, es una explicación de la realidad que proviene de la cultura dominante. Los símbolos, según Bourdieu, tienen la función de integrar a la sociedad, y su importancia se debe a que otorga lógica a la organización social.

Estos símbolos culturales naturalmente construyen “la idea del mundo social”. La trascendencia de símbolos culturales a la organización y estructura social se convierten en poderes simbólicos, que asimismo, son parte de una ideología de poder como instrumentos políticos. La ideología dominante, no es producto del pensamiento colectivo, sino un producto de la clase dominante, se presenta como un supuesto intereses colectivo. La cultura dominante puede ser tan fuerte, que consecuentemente, conlleva a la creación de una falsa consciencia por las clases dominadas.

Las ideas dominantes se normalizan cuando el orden establecido (jerarquías y distinciones sociales) han sido legitimadas por el conjunto social. La cultura del grupo dominante, actúa como un instrumento de distinción y separación, que permite la dominación de una clase social sobre otra, llamada violencia simbólica.

El campo social, conceptualizado por Bourdieu, es un espacio que se define en la práctica de las relaciones sociales dentro de un sistema de diferencias y distancias sociales acorde a la distribución del capital (socioeconómico, cultural, etc.). Por lo que “el campo de poder” presenta la lucha entre agentes de poder, es decir los mismos individuos del conjunto social. Bourdieu, señala una lucha de poder por querer imponer y hacer valer su propio capital (cultural, social, económico, político, etc.); presentado por Wolf como poder estructural. El campo social y de poder va conformando y estableciendo dentro de la dinámica social las prácticas habituales, comunes y naturales, en cierto sentido aprobadas por sus integrantes. Estas prácticas son también percepciones, prejuicios, apreciaciones y reacciones, tendencias e inclinaciones, nombradas también como “habitus”. El habitus es por lo tanto, una referencia subjetiva para la conducta y la moral.

Es necesario considerar que el poder simbólico son construcciones culturales para percibir la realidad, finalmente ideologías dominantes que amenazan otras formas de percibir la vida, culturalmente distintas. Las siguientes tipologías de poder apoyan la idea sobre cómo las relaciones sociales están suscritas a las ideologías de la clase dominante, que no sólo funcionan como estructuradores sociales o definitorios de las clases sociales, sino que alimentan las distinciones sociales entre los grupos dominados y permean dentro del mundo social.

- Poder simbólico: ideologías que contribuyen a la construcción de jerarquías y distinciones sociales por medio de la dominación de una clase sobre otra (sobre distintas clases sociales): por ejemplo, la superioridad racial: obtención de riquezas y medios de poder por pertenecer a una etnia históricamente privilegiada.
- Poder estructural: condiciona las relaciones de dominación por medio del poder simbólico. Es un mecanismo que determina la organización social y las relaciones de poder: un ejemplo, es la falta de oportunidad al acceso a educación, negar oportunidades para la movilización dentro del estrato social.
  - Violencia simbólica: poder otorgado por medio de posiciones sociales establecidas por la estructura de poder que compite y suprime el poder de los otros.

El poder simbólico y la violencia simbólica han adecuado las posiciones sociales en las que se encuentran los individuos. El capital es apropiado por las clases dominantes y da como resultado un país precario, donde la obtención de riquezas y la movilización social es poco posible. El Estado también siendo parte del orden social en función de privilegiar a ciertos grupos, no permite el flujo de bienes y servicios, lo que crea mucha más competencia para la obtención de capitales sociales y económicos, entre lo que destaca también su poca adquisición a través de los derechos sociales. Las ideologías de poder generan condiciones de distanciamiento entre grupos y clases sociales, creando fuertes asimetrías de poder particularmente sustentados por la supuesta superioridad racial, y al mismo tiempo, estas asimetrías de poder están en función del acceso al capital social.

## B. Discriminación e inequidades sociales en Guatemala

Las inequidades sociales son resultado de toda una historia que reprime la libertad individual de obtener y vivir los derechos ciudadanos, justificado por creencias hegemónicas sobre superioridad racial, cultural y de clase. El racismo y la exclusión social refleja en distintas formas y distintos ámbitos políticos y económicos, e incluso están latentes en las instituciones, instancias, organizaciones y grupos sociales que fácilmente manifiestan y socializan creencias hegemónicas sobre la “inferioridad” étnica, racial y biológica. La realidad social del país presenta espacios donde naturalmente se dan expresiones discriminatorias, en su mayoría hacia poblaciones rurales y urbanas pobres. Se plantea que las inequidades sociales son producto de una historia que ha permitido la desigualdad por medio de ideologías de clase racistas, que además de estar sujetas a las estructuras de poder económico y político, se han situado en la cotidianidad.

En las décadas recientes se ha construido una línea argumentativa sobre el origen de las desigualdades sociales en Guatemala, y particularmente sobre las prácticas que las generan: el racismo y la discriminación. Han sido varios autores como Marta Elena Casaús (2009), Demetrio

Cojtí (1999) y González Ponciano (2004), entre otros, que han explicado a través de un abordaje histórico las prácticas de segregación que provienen desde la colonia, y cómo éstas han generado ideologías de clase que imponen creencias de poder, superioridad y autoridad sobre distintos sectores en el país. Por ejemplo, Charles Hall, plantea que la segregación de la colonia prevalece en distintas políticas de separación y desigualdad que se extiende hasta los años setentas. Hasta la década de los noventa se crea el multiculturalismo liberal, que acorde a su postura, es una ideología de asimilación; asimismo, a pesar de que el Estado quiso asegurar una sociedad con igualdad, en la cotidianeidad las prácticas de segregación y la “ciudadanía diferenciada” permanecen (Hall, 2007: 61).

Richard Adams, menciona que las oportunidades y la igualdad para los indígenas han sido frenadas por un Estado que está casi en su totalidad ocupado por personas ladinas. A lo largo de la historia los intentos de igualdad en el país, han significado una asimilación para los indígenas, con la creencia de que existen culturas inferiores y otras superiores. En contraposición de lo que el Estado ha promovido, los movimientos indígenas pretenden llegar a un Estado que respete las diferencias (Adams, 2002: 484). González Ponciano, explica que las ideologías hegemónicas de las clases dominantes del país, siguen con el ideal de la supremacía racial, denigrando a los indígenas y a los no blancos (González, 2004: 190).

El racismo y la discriminación se presentan en casi todas las esferas sociales. Según la explicación que da Casaús, las prácticas racistas se expresan de diferentes formas estas incluyen:

<<... la insistencia de las diferencias entre el racista y el discriminado, la valoración de las diferencias a favor o beneficio del racista y en función del daño de su víctima, afirmación de concepciones racistas de forma general y absoluta, y la legitimación de las agresiones o privilegios de su posición frente a la persona o grupo agredido.>> (Casaús, 2009: 24).

En el *Diagnóstico del racismo en Guatemala*, Marta Elena Casaús, describe qué es el racismo. Parecido a las definiciones propuestas por Albert Memmi (2000):

*<<El racismo es la valoración generalizada y definitiva de unas diferencias, biológicas o culturales, reales o imaginarias, en provecho de un grupo y en detrimento del otro, con el fin de justificar una agresión y un sistema de dominación. Estas actitudes pueden expresarse como conductas, imaginarios, prácticas racistas o ideologías que como tales se expanden a todo el campo social formando parte del imaginario colectivo. Puede proceder de una clase social, de un grupo étnico o de un movimiento comunitario; o provenir directamente de las instituciones o del Estado...>> (2006: 41)*

En Guatemala, el racismo ha funcionado como un instrumento que ha permitido la dominación de un grupo sobre otros para tener ganancias políticas y económicas. (Fundación Mirna Mack, 2006: 13) El racismo es planteado como un mecanismo para construir valoraciones negativas sobre las diferencias, donde las mayorías étnicas, bajo un imaginario que intenta homogenizar a la sociedad, permanecen fuertemente diferenciados, económicamente y

políticamente. En 1996, luego de la firma de los Acuerdos de Paz, se negoció sobre los derechos universales y los derechos de los Pueblos Indígenas, es ahí cuando la discriminación racial se convirtió en un acto de delito. Además, se dialogó sobre un Estado multiétnico, plurilingüe y pluricultural; sin embargo, aún permanecen fuertemente los estereotipos y prejuicios étnicos: “sumisos, conformistas, morenos y sucios”, etc. Las prácticas racistas continúan en la vida política y económica del país (Casaús, 2006: 45, 48, 54).

Equívocamente, la noción de “raza” se interpreta como sinónimo de la identidad cultural étnica o racial, incluyendo la apariencia física, vestimenta, forma de hablar, fenotipo y genotipo, hasta incluso características morales e intelectuales, de ahí el racismo se justifica de la mezcla sobre creencias biológicas y culturales, que se posicionan como absolutas. El racismo como una construcción ideológica se ha naturalizado ya que la misma sociedad legitima las acciones racistas que generan condiciones de desigualdad, explotación y exclusión. Esta ha llegado a ser parte de la organización social y de una jerarquía racial; incluso presentada en la vida política, en los medios de comunicación, en la educación y en las relaciones sociales de la vida cotidiana, que puede ser muchas veces poco evidente, ya que se enmascara por otros intereses de poder (Fundación Mirna Mack, 2006: 13-14; Cojtí, 1999: 262):

<<...el racismo no tiene necesidad de parecer intencional ya que está enraizado en las prácticas rutinarias, en el funcionamiento de las organizaciones e instituciones, en las relaciones interpersonales...muchas veces su práctica no puede ser percibida como racismo sino como defensa de intereses económicos y posiciones sociales. >> (Cojtí, 1999: 262).

Como se ha explicado anteriormente, el racismo y la discriminación son actos que provienen de creencias ideológicas sobre la superioridad que se fueron construyendo bajo valoraciones sobre la blancura. Los estigmas del color de piel se dirigen a poblaciones que tienen fenotipos de raíces de poblaciones indígenas o negras. González Ponciano, explica que la blancura es sinónimo de poder; hasta ahora es una referencia cultural y social para aproximarse al “ser moderno, individualista, racional, alfabeto, patriota, urbano, culto”, entre otros. Este punto conlleva a González a pensar que estas ideas no se refieren exclusivamente a la diferencia entre “rubios y negros”, sino que en Guatemala, la superioridad blanca se proyecta en la superioridad ladina (en los mestizos). El autor singulariza estas actitudes como una obsesión ladina por sentirse parte de un grupo con ancestro europeo que devuelve a su identidad, simbólicamente la eliminación de sentimientos de inferioridad racial o cultural (González, 2004: 201-203).

Las relaciones étnicas y sus matices han creado que, al mismo tiempo en que la población ladina fue construyendo su identidad bajo la noción de la blancura, también hay otros sectores que a su vez la noción de blancura denigró y criminalizó sus condiciones de clase, sociales y económicas. Por ejemplo, durante las dictaduras cafetaleras (1871- 1944), subrayado

por González, se reforzó la idea de los indígenas y a la vez los campesinos mestizos y ladinos como vagos: “se criminalizó a los pobres, a los campesinos sin tierra, los pequeños agricultores y a todos los desempleados y subempleados.” (González, 2004: 206). Esto permitió denigrar a todos los sectores pobres, culturalmente y biológicamente distintos al ideal de la blancura.

Desde el imaginario de las élites, se cree que la representación de los pobres con vicios y de los haraganes está también en los “indios aladinados, lamidos, igualados o shumos”, reuniendo los aspectos malos que las ideas dominantes asigna a los indígenas. Con ello, se presenta una sociedad que en cuanto a las relaciones étnicas discrimina a la población pobre que vive o proviene de zonas rurales y a los pobres de zonas urbanas. Por ejemplo, González (2004: 191) coloca que las categorías culturales de shumo o cholero son la manifestación del poder simbólico que la blancura impone con su superioridad de clase:

<<Como parte de esa mentalidad, prevalece el culto racista al indio puro y el repudio del indígena “aladinado” y del mestizo o ladino popular, estigmatizándolo con el calificativo de “shumo”, “cholero” o “muco”... Durante los siglos XIX y XX, la negación abierta de lo indígena en Guatemala y la activa inculcación de los mitos de la supremacía blanca, hizo que los auto-identificados como ladinos negaran su condición mestiza y adoptaran los prejuicios y estereotipos que han denigrado a todos los indígenas y a todos los no blancos. >> (González, 2004: 191).

Se argumenta que la discriminación es producto del poder, colocando en subordinación a un grupo sobre en referencia a las ideas de inclusión y de igualdad que existen en la vida jurídica, política y social. La discriminación tiene una finalidad de eliminar el reconocimiento, disfrute, y ejercicio en condiciones de igualdad sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales. (Casaús, 2006: 41) y (Fundación Mirna Mack, 2006: 20, 21) El Estado y las instituciones han tendido el poder de distribuir y garantizar la vivencia de estos derechos; sin embargo, las instancias de poder aún funcionan bajo modelos, gestiones y acciones excluyentes. La discriminación como un acto de suprimir derechos y generar inequidades, se ha analizado bajo tres distintas formas de excluir y diferenciar: desde lo interpersonal, lo institucional y estructural (Fundación Mirna Mack, 2006: 21, 23):

- Discriminación estructural: representa las bases históricas de exclusión económica, política e institucional.
- Discriminación institucional: se refiere a la distribución desfavorable del presupuesto público, servicios y de otros recursos o bienes colectivos.
- Discriminación interpersonal: se expresa en comportamientos de rechazo y exclusión hacia determinadas personas por otras personas en espacios de socialización interpersonal.

## C. Inequidad, discriminación y maltrato hacia mujeres en la atención biomédica

1. Inequidad y desigualdad en la atención médica; generalidades a nivel global. La inequidad en los servicios en salud a nivel mundial, se refiere a varios aspectos que van desde el corto beneficio para las poblaciones en riesgo en cuanto a escasos recursos en salud tanto materiales como humanos, hasta la falta de reconocimiento y práctica en igualdad cultural y étnica en el sistema de salud global. El segundo componente, también restringe la libertad y el derecho a la salud, no obstante, generada desde acciones que limitan las decisiones, las condiciones y el bienestar en la atención en salud según la identidad étnica, cultural, y estatus socioeconómico (Napier, *et al*, 2014: 1622-1625).

<<Décadas de trabajo han documentado que ya sea una población determinada por la identidad étnica o racial, migración, idioma, educación, pobreza o bajo estatus socioeconómico, minorías rurales o urbanas, reciben menos atención y calidad comparada con la clase media educada.>> (Napier, *et al*, 2014: 1622).

Hasta ahora, los factores raciales y étnicos en materia de salud global se han asumido relevantes en su mayoría, para diferenciar enfermedades y condiciones de salud pero no se ha controlado ni medido según las inequidades sociales y sus efectos en las capacidades y oportunidades de los individuos sobre su estado de salud, bienestar físico y emocional. Es un hecho que el sistema de salud tanto a nivel global como a nivel local está dentro de una jerarquización de autoridad y legitimidad, por sí misma, es parte de un sistema desigual; inevitablemente la agencia y condiciones de cada individuo están estructuradas, a manera que la vida de los individuos, sus decisiones y restricciones son moldeadas por estructuras externas e internas (Napier, *et al*, 2014:1623).

Las ciencias sociales han utilizado el término de violencia estructurada para definir la relación que existe entre lo que son las desigualdades en la estructura social y las desventajas y daños directos para individuos de ciertos grupos sociales: << El término de violencia estructurada es útil para resaltar cómo las condiciones sociales pueden sustancialmente limitar las oportunidades y capacidades de los individuos, particularmente a los que se encuentran en desventaja (privados de sus derechos) explicado en términos más amplios, el por qué los más pobres son injustamente sometidos a particulares enfermedades y a la ausencia de bienestar. >> Resultado de ello, por ejemplo, es común que los sistemas de salud prioricen necesidades inmediatas pero esto conlleva a la falta de previsión a largo plazo sobre la salud pública desde la estructura (Napier, *et al*, 2014: 1622).

En términos de largo plazo, las poblaciones en posición de desventaja estructural tienden a encontrarse en condiciones de opresión, hace falta enfocarse en las circunstancias dadas por la violencia estructurada que presentan obstáculos para la equidad en salud.

Asimismo, la violencia estructurada ha mantenido la falta de comprensión sobre otros determinantes culturales respecto a la salud, incluyendo valores y percepciones culturales sobre las nociones de bienestar físico y emocional (Napier, *et al*, 2014: 1618, 1621- 1622).

La violencia estructural desacelera los procesos de democracia y el bienestar social; también disimula aspectos culturales que son propios de la inequidad social, tales como la discriminación, el racismo, y en ellos, los estereotipos y prejuicios que se recrean en las relaciones sociales. De ella se generan condiciones de desventaja y sustenta relaciones sociales en función de mantener dichas desventajas sociales. Las inequidades según el estatus de clase e identidad cultural y étnica existen dentro del sistema de salud, y de acuerdo con la socialización violenta dentro de la atención de salud, persiste el uso de instrumentos simbólicos de poder como aparatos de dominación dentro de los sistemas de salud.

Según Dahlgren y Whitehead (2001), las inequidades en salud se encuentran alrededor de gran cantidad de países. Aunque en varios lugares se haya tenido un crecimiento económico, no se relaciona y no ha implicado una distribución de servicios para todos los sectores de la población. Se sabe que, la inequidad en salud se debe a la falta de acceso financiero, geográfico o físico, y cultural. Como se menciona, el crecimiento económico no ha cambiado sustancialmente el acceso financiero y físico a la atención en salud, al contrario en algunos casos se ha encontrado que aunque exista mayor riqueza hay mayores restricciones al acceso en salud. En cuanto a la pertinencia cultural de los servicios, se menciona las actitudes negativas hacia poblaciones en desventaja y la discriminación fuerte hacia mujeres, niñas y a ciertas poblaciones étnicas (Dahlgren, 2001: 309, 318). En cuanto a las inequidades en salud y limitaciones de su acceso, se hará referencia a algunas generalidades sobre la desigualdad en los servicios de salud por pertenencia cultural, particularmente sobre los prejuicios étnicos.<sup>1</sup>

Las inequidades en salud por pertenencia étnica o racial, se han documentado cada vez más en las últimas décadas, estas han señalado que existe carente evidencia que las inequidades en salud hayan disminuido (Del Vecchio, *et al*, 2003: 594) Es un hecho que las percepciones sobre el otro y los estereotipos culturales dirigen significativamente las relaciones entre el personal y las pacientes hacia prácticas negativas (Castro, *et al.*, 2013: 147-150; Salles, 2008: 147). Como menciona Smedley (2003), investigaciones han mencionado formas en la que los médicos y las enfermeras y demás personal de salud conciben a los pacientes según su pertenencia étnica, su color de piel y su estatus socioeconómico. Algunas investigaciones han demostrado que las percepciones de los médicos sobre las tendencias en salud de los pacientes, incluso diagnósticos, cambian según la pertenencia étnica, de raza o de clase social de los pacientes. La baja calidad en la atención y las disparidades en la atención, surgen de dinámicas complejas; proviene de inequidades históricas, que envuelven en ella agentes

---

<sup>1</sup> En las siguientes secciones (2, y d), se hará referencia a las implicaciones sociales, económicas y físicas que incrementan la falta de acceso a salud en Guatemala.

sociales de distintos ámbitos y niveles de todo el sistema de salud. Smedley argumenta que los grupos étnicos minoritarios experimentan distintas barreras, tales como el idioma, geografía (ubicación) y familiaridad cultural. Asimismo, se mencionan estudios que indican que pacientes pertenecientes a un grupo étnico minoritario y con poco acceso a salud, evaluaron sus citas como poco participativas y perciben menos involucramiento a la hora de la toma de decisiones, acompañamiento y muestran poca satisfacción sobre los cuidados médicos (Smedley *et al*, 2003:1, 77, 163).

Las poblaciones en desventajas o minorías étnicas, tienden a recibir una menor calidad en el cuidado médico en comparación de grupos sociales no minoritarios; algunos casos, como Smedley ha señalado, investigaciones que han analizado la inequidad en la atención en la sociedad norteamericana, demuestra que la población afroamericana tiende a recibir una baja calidad en la atención (sin importar el tipo de enfermedad o procedimiento médico). En una de estas investigaciones, se comparó las percepciones que se tiene por parte del personal de salud de los pacientes negros y blancos. Los afroamericanos fueron percibidos como menos inteligentes, menos educados, con inclinación a uso de drogas y alcohol, y en relación a la salud, con mayor probabilidad de no seguir el tratamiento. Los afroamericanos fueron vistos como menos agradables que los blancos. En comparación, las creencias sobre los pacientes blancos fueron positivas. Este tipo de estudios han apoyado a la idea que tanto los diagnósticos y tratamientos médicos varían según las percepciones de raza o etnia del paciente. Los prejuicios étnicos permanecen incluso con pacientes con diferentes características sociales como el nivel de educación y con seguro social, el trato desigual no desaparece por completo. Las disparidades en el trato no se ligan necesariamente, en muchas ocasiones, a las condiciones médicas y de los servicios de salud, y también se han encontrado casos que ocurren independientemente de tener o no un seguro social, del estatus económico y educativo, pero sí según su identidad étnica (Smedley *et al*, 2003: 1, 77, 166, 178).

Cooper (2003), hace un análisis sobre la desigualdad en la atención médica, y plantea que estos estereotipos tienen una carga importante dentro de las dinámicas de la atención médica. En estos espacios de interacción se utilizan categorías sociales adquiridas que dan información sobre los otros, estas creencias y estereotipos tienen consecuencias directas para las minorías étnicas. Por ello, resalta la importancia del conocimiento y estudio sobre cómo la etnia o raza del personal de salud, y sus valoraciones sociales, entre otros, influyen en la atención biomédica; sin embargo, a pesar de que este ha sido poco estudiado, se sabe que el personal de salud comparte los estereotipos sociales propios de su contexto (Cooper, 2003: 554,557). Del Vecchio, sugiere que es necesario comprender los mecanismos estructurales, institucionales e ideológicos que permiten y reproducen inequidades en los espacios de atención médica; en su análisis, menciona que estas disparidades se sustentan de un racismo

institucionalizado (Del Vecchio, 2003: 594). Estas representan estereotipos e imaginarios sociales sobre los otros.

Las prácticas que fomentan la inequidad en salud, es decir un desequilibrio del trato justo e igualitario en referencia a derechos en salud, incluyen prácticas paternalistas que limitan en su mayoría: a) acceso a la información; b) participación y toma de decisiones; y por supuesto los c) derechos básicos en la atención, eliminando el derecho de agencia de los y las pacientes. Aunque estos modos de operar son generales, principalmente, sin indicar la influencia que tienen los prejuicios culturales, es una realidad que a nivel global, hay gran desconocimiento y prejuicio negativo sobre las prácticas culturales, principalmente la falta de comprensión sobre las distintas formas de concebir culturalmente el estado físico y emocional, la enfermedad y la curación; creando espacio en la atención lleno de contradicciones y negaciones entre los valores morales del personal médico y los pacientes (Salles, 2008: 137, 147). Los tratos desiguales por prácticas paternalistas, implica, valoraciones negativas sobre los sistemas de salud no propios al biomédico; como indica Salles (2008), los estereotipos y nociones sobre las prácticas de salud, en su diversidad, son influyentes dentro del orden y la estructura de los sistemas de salud a nivel global y significativamente fomentan la inequidad en salud (Salles, 2008: 137, 147). En cuanto haya un ordenamiento del sistema de salud biomédico como único, que excluye otras formas de concebir la salud y sus prácticas, habrá barreras culturales y prejuicios que inhiben la obtención de atención médica más libre e igualitaria.

Se ha cuestionado que las prioridades de salud global también deben ser culturales principalmente porque “el conocimiento biomédico es en sí mismo un artefacto y un resultado de prácticas culturales”. Por ello, el sistema de salud global demuestra el poder de una cultura sobre otras a la hora de las prácticas médicas y de salud. Actualmente, la cultura (dominante), media entre la agencia y las estructuras que limitan bienestar, curación y la salud (Naiper *et al*, 2014: 1625). La inequidad dentro de marcos sociales, económicos y étnicos, son el principal elemento que limita la capacidad de los individuos de decidir, de agenciar sobre sí mismos. Disminuye la equidad en cuanto existan diferencias de representación entre los distintos valores culturales sobre la salud dentro del sistema de salud global.

## 2. Maltrato y discriminación hacia las mujeres en el sistema de salud biomédico.

<<Las expectativas, los significados, las intenciones, y la lógica que rodea una cachetada o palabras hirientes, mientras una mujer lucha por empujar en la etapa final de su parto, nos recuerda que los sistemas de salud usualmente reflejan las dinámicas más profundas de poder e inequidad que moldean las sociedades en las cuales estas se encuentran.>><sup>2</sup>  
(Freedman 2013: 43)

---

<sup>2</sup> Traducción libre.

Como anteriormente se menciona, las barreras que limitan el acceso al servicio de salud permanecen dentro de la agenda investigativa en la cual surgen particularmente barreras como costos y distancia pero al contrario, las limitaciones que están en función del mal cuidado, maltrato y abuso de los proveedores de salud se han sumado recientemente a la agenda investigativa (McMahon, 2014: 3). Se reportó en el año 2003 que en la región latinoamericana hubo poca tendencia a investigaciones que apuntaran a la discriminación étnica e inequidad en salud (Almeida-Filho, *et al*, 2003: 2040). Se estima que 10 años atrás casi ninguna literatura abordaba la problemática de maltrato y abuso en los servicios, y estos actos de maltrato se mencionaban como un “emerging problem”. Hasta entonces es que la problemática empieza a tener relevancia investigativa en países como Sur África, Ghana, Malawi, Dinamarca, Nicaragua e incluso en Guatemala investigaciones realizadas por Nicole Berry (2008) (McMahon, 2014: 3). Estas y más investigaciones han logrado afirmar que la naturaleza del maltrato se encuentra en los servicios maternos alrededor del mundo, y se le acusa de ser una de las principales barreras para la atención materno-infantil (Freedman, 2013: 42).

Figura 1: Definición del maltrato hacia mujeres durante el parto.

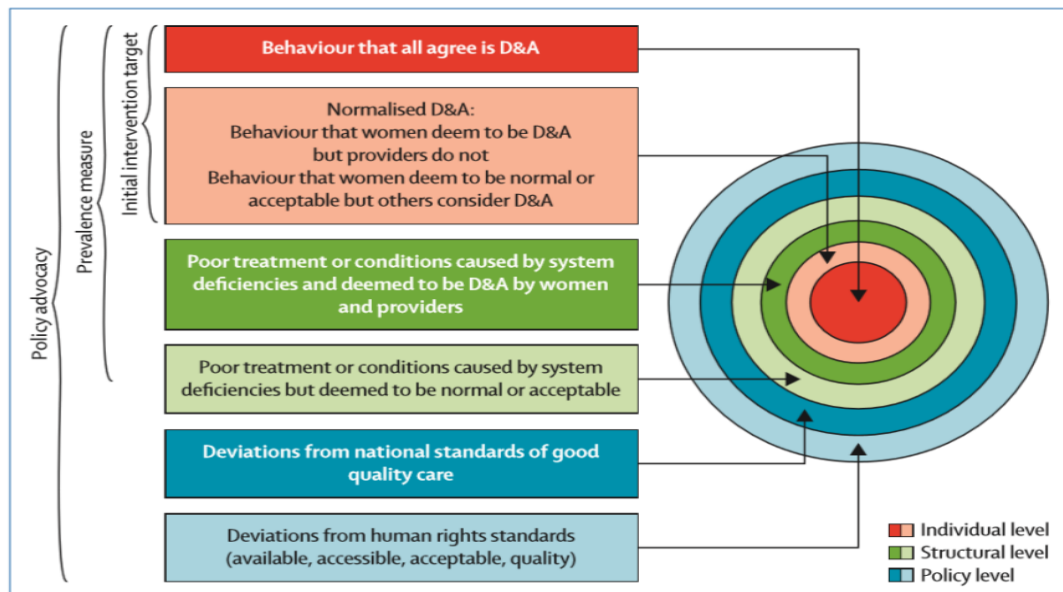


Figure: Definition of disrespectful and abusive treatment (D&A) of women in childbirth

Tomado de: (Freedman, 2013: 43)

Con base en las evidencias sobre abusos y maltratos a mujeres en la atención médica, se ha creado un esquema donde se representa una idea general sobre cómo se relacionan los distintos actores y acciones. Este esquema propuesto, ilustra en tres segmentos los distintos niveles del problema: individual, estructural (del sistema de salud) y el desde la política pública.

En estas, están los ideales en la atención, la normalización del maltrato, los derechos de las pacientes y las condiciones que se mantienen dentro de los sistemas de salud. Lynn P. Freedman (2013) argumenta que esta idea indica un sistema de salud en crisis, especialmente sobre equidad y sobre los deberes y responsabilidades de los sistemas de salud. El maltrato señala un colapso en las responsabilidades del sistema de salud tanto para los pacientes como para los trabajadores; regularmente los empleados son sujetos que trabajan en malas condiciones, en un ambiente degradante. Los ideales de ambos sobre la atención, dependen según las condiciones básicas y las circunstancias generadas también en lo individual (conocida como relación médico – paciente) (Freedman, 2013: 43).

El esquema anterior enmarca una recopilación de información sobre cómo se ubica el maltrato dentro del universo del sistema de salud, particularmente hacia las mujeres durante su labor de parto. El círculo rojo indica el maltrato y los abusos que son reconocidos tanto por los prestadores de salud y pacientes como maltrato. El segundo, indica prácticas percibidas por las mujeres como maltrato, pero no por los proveedores de salud y prácticas que para los ojos externos es abuso pero para ellas es algo normal o aceptable. La tercera, indica condiciones malas y las deficiencias que permiten los sistemas de salud durante la atención médica; la cuarta, indica lo mismo, pero aceptadas y normalizadas a los ojos de todos. La quinta, indica la falta de aplicación de estándares de calidad en salud, y por último, desde un aspecto más amplio, la falta de aplicación de los estándares en derechos, por ejemplo accesibilidad y equidad (Freedman, 2013: 43).

Resultado de las interacciones personales (personal de salud- pacientes) existen diferentes percepciones sobre las expresiones de maltrato, y por ello, hay una preocupación sobre la ambigüedad en la definición del maltrato. Se ha planteado que los significados asignados a la falta de respeto y abuso, pueden dentro de los servicios de salud ser subjetivos y difíciles de definir, de la misma forma que es difícil consensuar el concepto de calidad en salud y satisfacción del paciente, ya que esta definición dependen de la localidad, expectativas y opiniones personales (McMahon, 2014: 3). Hasta ahora, alrededor del mundo las bases para estandarizar los servicios de salud materna “respetuosos” que puedan ser medidos y monitoreados no llegan a ser satisfactorios (Freedman, 2013: 43).

Diversas investigaciones alrededor del mundo han abordado el problema de tratos discriminatorios por los proveedores de salud, personal clínico y administrativo. A pesar de las pocas investigaciones realizadas por región, durante la década pasada se han registrado un conjunto de prácticas con características similares que limitan el acceso libre y oportuno al derecho de tener un servicio de salud pronta y de calidad, que va más allá de aspectos puramente operativos y de falta de recursos. Algunas prácticas han resaltado particularidades según aspectos propios de cada país y localidad.

Un estudio realizado en Ghana, describe el cambio de preferencia de prácticas tradicionales de parto (en el hogar) por una atención biomédica hospitalaria (por la noción de beneficios en la disminución de la mortalidad materna y por la inexistencia de otro tipo de asistencia en el parto en sus comunidades, alternativo al tradicional.) Sin embargo, a pesar de que las mujeres tengan la necesidad de buscar ayuda biomédica, afrontan el miedo a ser maltratadas por las comadronas del hospital, incluyendo abuso físico y verbal. Los autores argumentan que estos abusos pueden disminuir los beneficios que se han logrado en aminorar la mortalidad materna (Crissman, 2013: 23).

Experiencias investigativas sobre maltrato y abuso han señalado tipos de comportamientos del personal de salud que limitan el derecho a una buena atención médica a mujeres al momento del parto, de forma general la recopilación de datos resalta los siguientes puntos por McMahon (2014: 6), Belli (2013: 29-31) y Castro, V (2008: 56):

- Dar a luz sin ayuda del personal de salud.
- Proveedores frecuentemente ausentes.
- Proveedores ignoran a las mujeres, negación de atención. No tienen tiempo para explicar preguntas de las pacientes.
- Proveedores demuestran favoritismos.
- Son obligados a pagar por medicamentos y por la atención recibida (antes o después), existe presión entre quienes no tienen dinero de los que pueden pagar más.
- Abuso físico: Dar a luz en una mala posición, pegar a la hora del parto, entre otros.
- Abuso verbal: callarlas a la hora del parto, gritos y regaños por varias razones: prácticas en salud desde vías tradicionales, dar a luz en casa en el pasado, cantidad de hijos, pedir “muchas atención”, no empujar lo suficiente durante el parto, etc.

Se ha identificado este tipo de maltrato como violencia obstétrica. Gabriela Arguedas, describe la violencia obstétrica como: <<las prácticas que degradan, intimidan, y oprimen a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y postparto. >> (Arguedas, 2014: 147). Alejandra Belli (2013), indica que la violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos por dos vías, una por la violencia de género contra las mujeres y segundo, desde el derecho en salud como un derecho humano. Los derechos reproductivos deben ser tomados como un derecho humano que debe otorgarse por el Estado (Belli, 2013: 30)

Algunas investigaciones realizadas en México (Castro, *et al.*, 2013) y (Castro, V 2008), han planteado además, que el problema de maltrato médico a las pacientes es producto del *hábitus* profesional médico que permite y replica el maltrato desde un campo médico fuertemente

estructurado. Esta conclusión se basa en la premisa que los medios de socialización durante la enseñanza médica son coercitivos. En México, se ha incorporado a la investigación una fuerte preocupación ante el uso de recursos autoritarios y represivos en la transmisión de conocimientos en la formación médica (Castro, R. 2014: 178, 191). Los medios de aprendizaje terminan siendo un conjunto de creencias, entre significados y símbolos que aprueban y naturalizan el maltrato durante el servicio médico (Castro, R. *et al.*, 2013: 147-150).

Asimismo, se ha cuestionado la relación paternalista de médicos a pacientes que surge de la aprobación y la legitimación social del conocimiento médico como única y verdadera, obteniendo un valor simbólico que a comparación del conocimiento y las prácticas del paciente, tiene más influencia ante la sociedad. La aplicación de la biomedicina termina siendo dogmática en la esfera oficial en la práctica y el conocimiento. Se ha analizado la interacción entre el proveedor de salud y los pacientes como un trato desigual, donde los pacientes tienen un papel pasivo y de cooperación, limitando la participación y autonomía de los pacientes. La profesión médica llega a ser incuestionable (Castro, V. 2008: 52-53,55-58). En una de las investigaciones (Pérez y Suazo, 2010), se obtuvo desde el punto de vista médico la toma de decisiones de las pacientes durante la atención médica. La mayoría de médicos reconoció imponer decisiones durante el consentimiento informado y muy pocos permitieron que las pacientes decidieran sin ellos haberse involucrado; además, se registró ausencias de permiso para evaluaciones físicas y la presencia de terceras personas sin solicitar permiso a pacientes (Pérez y Suazo, 2010: 10-18).

En una investigación realizada por Roberto Castro y Joaquina (2003), recopilaron 200 testimonios de mujeres que narraron su experiencia en la atención hospitalaria durante el parto entre los años de 1997 y 1998. Aunque no se puede afirmar que todos los partos presentan violencia obstétrica, se consiguió indagar y consensuar sobre formas concretas en las que se actúa para dañar a las pacientes las cuales demuestran la violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Los hallazgos fueron a). Callar a las mujeres para que dejen de quejarse; b) al momento del dolor de parto, hacen referencia al acto sexual y al placer sexual como una forma de castigo a la paciente; c) culpar a la mujer por complicaciones médicas por su falta de cooperación; y d) uso de amenazas para que las pacientes obedezcan (Castro, 2003: 259) <<...reciben órdenes de controlarse aludiéndoles y señalándoles “si disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse”. En algunos casos se demuestran regaños que contienen un alto nivel de autoritarismo represivo... las frases son usualmente: “así te gusto, ¿pero disfrutaste antes, ¿no?, “pero la pasaste bien ¿verdad? >>

Desde el análisis realizado sobre el imaginario hegemónico de salud en Guatemala (Mazariegos, 2008), se hace referencia a tres problemas específicos que se relacionan con los cuerpos de las mujeres, estos son la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la transmisión del VIH-sida. Ante los altos índices de muerte materna, desde el imaginario institucional, se observa como indispensable intervenir en la sexualidad de las mujeres: <<Evitar el mal

funcionamiento de los cuerpos gestantes se reduce planificar la fecundidad del cuerpo: disciplinar el cuerpo gestante en su sexualidad. >> Estos males sociales (sobre la muerte y enfermedad materno-infantil) recaen en responsabilidad en las mujeres gestantes. Es así como el cuerpo femenino es visto fundamentalmente como “el territorio reproductor poblacional”, sin incluir igualmente la representación masculina sobre las tasas de natalidad, enfermedades y muertes, con ello: <<se reproduce y reafirma un imaginario heterosexista y patriarcal que termina por empoderar aún más al poder machista o de dominación masculina. En este marco, el cuerpo gestante-en este imaginario desmiembra cuerpos- resulta en un útero insensible y desplazante que ha de ser disciplinado y controlado. >> (Mazariegos, 2008: 51- 53).

Investigaciones realizadas en distintos países relacionados a la concurrencia de las mujeres a los centros de salud y hospitales para atención de sus partos, ha mostrado que aunque existan esfuerzos por alentar a mujeres al uso de los servicios de parto aún hay mujeres que continúan teniendo partos en casa (McMahon, 2014: 3). En un reporte sobre evidencias de maltrato y abusos en los servicios de salud a nivel global, elaborado por Harvard School of Public Health, ha destacado los tipos de abusos que se presentan durante la atención (específicamente sobre la atención neo-natal y de parto), las cuales son similares a las que previamente se han señalado. Particularmente éstas contribuyen a la poca accesibilidad y falta de confianza en los servicios y por lo tanto a la poca aceptación de los mismos. Los patrones presentados generales sobre la mala atención y maltrato al nivel global son: abuso físico, cuidado no consentido, cuidado no confidencial, cuidado no dignificado, discriminación, abandono en el cuidado y detención en los servicios (Bowser y Hill, 2010: 8).

Cuadro 1: Categorías formuladas sobre hallazgos de maltrato.

Categorías	Definición
Abuso físico	Se reporta la existencia de abuso físico durante el parto en varias partes del mundo. En los estudios se encontraron varios casos de mujeres que fueron amenazadas con golpes, (desde unidades clínicas a hospitales). También es común que los servidores de salud empujen el área abdominal para obligar el nacimiento. Hay pocos reportes de abuso sexual durante la atención del parto y existen muchas más evidencias sobre abuso sexual en cuidados prenatales. (Bowser y Hill, 2010: 9)
Consentimiento informado	Existe una gran falta de atención a las pacientes en cuanto a su derecho a ser informadas. En varias partes del mundo se reportaron procedimientos coercitivos para que las mujeres procedan a realizarse una cesárea. En varias formas de atención las mujeres especifican la falta de consentimiento informado, tal como cesárea, episiotomía, transfusiones de sangre, esterilización, entre otros. (Bowser y Hill, 2010:10)

Continuación Cuadro 1.

Categorías	Definición
Privacidad	La falta de privacidad se presenta en dos casos, una sobre la privacidad física de las pacientes, (falta de privacidad en el parto) y falta de privacidad sobre información clínica como VIH, edad, estatus civil, historial médico, etc. En ocasiones cuando se hace pública la condición de VIH puede generar acciones discriminatorias hacia las pacientes y además causar disminución en el uso de los servicios para labor de parto. (Bowser y Hill, 2010:10)
Dignidad	Otro aspecto son los tratos que no dignifican a la persona, como humillaciones intencionales, culpabilizar, callar, divulgación de información privada de la paciente, y entre otras percepciones negativas de cuidado (que depende de la pertenencia cultural). (Bowser y Hill, 2010: 11)
Discriminación	Estas incluyen tratos discriminatorios durante el parto ya sea por etnicidad, edad, idioma, VIH, preferencias y creencias tradicionales, estatus educativo y económico. (Bowser y Hill, 2010: 12)
Abandono	Varios ejemplos demuestran que las pacientes suelen ser abandonadas mientras se encuentran en labor de parto. (Bowser y Hill, 2010: 12)
Detención	Algunos casos demuestran detención de pacientes por no poder pagar el servicio (Ghana, Estados Unidos, Zimbabwe, Perú, entre otros países.) Algunas madres deben quedarse con su hijo dentro del servicio y a otras se quedan solas y les llevan al recién nacido para que lo alimente mientras ella se encuentra en detención. (Bowser y Hill, 2010: 15)

Fuente: Elaboración propia con datos de (Bowser y Hill, 2010: 15)

Existe la falta de definición sobre el concepto de “Respectful care at Birth” (atención respetuosa en nacimientos) y medidas para asegurar tratos respetuosos, como lo son el derecho a la equidad y a la no discriminación, derecho a la información (consentimiento informado), derecho a corregir, derecho a la privacidad (confidencialidad), entre otros. Además, este reporte añade las limitantes afirmadas por diferentes expertos en el tema y por diversas investigaciones a nivel global. Las limitaciones se han tomado como factores que alteran un buen servicio en referencia a los estándares en la atención y los derechos humanos de las pacientes. Según los resultados obtenidos en varios países el maltrato y mala atención puede ser un impedimento mayor en comparación a otros factores como la ubicación geográfica y obstáculos económicos (sin embargo, estos suelen ser más reconocidos) (Bowser y Hill, 2010: 3-4). A continuación se

muestran las limitantes que de manera general explican factores que determinan y permiten la mala atención y el maltrato:

Cuadro 2: Descripción sobre factores contextuales y externos que limitan la mejora en el trato en los servicios de salud.

Limitante	Descripción
Normalización de maltrato y abusos	Se ha reportado que las mujeres suelen en algunos casos aceptar el mal trato porque hay una falta de conocimiento sobre los derechos, además que no han tenido experiencias pasadas en servicios donde el respeto y los derechos sexuales y reproductivos sean la norma. La mayoría de mujeres no conoce que tiene derechos a un buen trato. Algunas no identifican las prácticas de violencia como maltrato, y no lo mencionan como tal. En una observación realizada durante la atención en parto en República Dominicana, sobresalieron fuertes formas de maltrato, sin embargo la paciente no le pareció que haya estado mal, al contrario expresó agradecimiento por tener la posibilidad de tener ahí a su bebé. (Bowser y Hill, 2010: 15 -16)
Ausencia de autonomía y empoderamiento	Aunque no existen suficientes evidencias sobre la vinculación entre la autonomía y empoderamiento y el maltrato en la atención de parto, hay evidencia que la autonomía y el empoderamiento tiene influencia en la decisión de dónde quieren tener el parto, muchas mujeres pueden esperar a que demás miembros de la familia decidan por ellas. Aunque no da información sobre la relación con el tipo de trato en los servicios, se incluye para investigaciones futuras que puedan explicar esta posible conexión. (Bowser y Hill, 2010: 16 -17)
Falta de participación comunitaria (responsabilidad y compromisos comunitario)	Existen pocos casos donde la comunidad participe para mejorar la calidad de atención y las responsabilidades por parte de los proveedores de salud. Una experiencia ha sido rescatada de Ecuador, donde la comunidad trabajan cercanamente con los proveedores y facilitadores. Esta ha mostrado mejoras en los servicios. (Bowser y Hill, 2010: 16)
Barreras económicas	Por falta de posibilidades económicas para paga, familias y mujeres reciben maltrato o detención en el servicio. (Bowser y Hill, 2010: 16)
Leyes y políticas nacionales, Derechos Humanos y Ética	Falta de políticas y de implementación y falta de evaluación contribuye al maltrato durante el parto. (Bowser y Hill, 2010: 16)
Derechos Humanos y el respeto y buen trato durante el parto	Falta de reconocimiento de tratos internacionales: equidad y no discriminación, información, privacidad, dignidad, etc. (Lista de tratos y convenciones internacionales ver en recomendaciones) (Bowser y Hill, 2010: 18)
Principios bioéticos	Políticas y leyes son violadas, no son practicadas o poco incentivadas.  Falta de educación y entrenamiento desde la bioética sobre una atención digna y respetuosa, consentimiento informado, confidencialidad y privacidad, entre otros aspectos éticos en la relación médico-paciente. (Bowser y Hill, 2010: 18)
Gobernanza y liderazgo	Se considera importante la participación de la comunidad para

Continuación Cuadro 2.

Limitante	Descripción
	disminuir el maltrato en los servicios de salud. A nivel regional, la gobernanza puede ayudar a la implementación de políticas públicas. Se reporta la falta de procesos de liderazgo y gobernanza. (Bowser y Hill, 2010: 20)
Prestación de servicios	Ausencia de estándares y supervisión. Se identifica como un factor que potencializa el maltrato en los servicios, muchos de los proveedores se cubren entre ellos mientras no haya supervisión se permiten malos cuidados. Además existe ausencia de evaluación por parte de los pacientes sobre el servicio recibido. Pocas experiencias de maltrato vividos por los pacientes son realmente tomados en cuenta. Existe miedo por posibles represalias que puedan ser tomadas en contra. (Bowser y Hill, 2010: 20-21)
<p data-bbox="435 856 695 884">Proveedores de salud</p> <p data-bbox="508 919 621 947">Prejuicios</p> <p data-bbox="298 1073 829 1100">Formación médica y tratos poco respetuosos</p> <p data-bbox="334 1318 797 1402">Desmoralización por sistemas de salud decadentes y falta crecimiento de oportunidades profesionales</p> <p data-bbox="383 1562 748 1589">Estatus del proveedor de salud</p>	<p data-bbox="873 919 1430 1037">Discriminación basada en estereotipos relacionados a la etnia, edades (niñas y jóvenes), VIH, estatus socio-económico y educación.</p> <p data-bbox="873 1104 1430 1283">Desde la formación y práctica profesional se enseña a los proveedores formas de castigo y también una relación entre ellos y los pacientes de manera distante, esto permite relaciones poco respetuosas. Existe poca atención a las relaciones interpersonales.</p> <p data-bbox="873 1409 1430 1619">Las condiciones laborales, la falta de recursos y la falta de médicos son componentes que incentivan la poca motivación y además tratos no respetuosos. También se toma en cuenta la poca posibilidad de especializarse que contribuye a espacios con mucha competencia entre los proveedores.</p> <p data-bbox="873 1654 1430 1797">Se evidencia que si los proveedores de salud con menos estatus o rango son maltratados por otro personal de salud con mayor rango, estos actúan de la misma forma con los pacientes. (Bowser y Hill, 2010: 21-23)</p>

Fuente: Elaboración propia con datos de (Bowser y Hill, 2010)

## D. Inequidad en el acceso a la salud en Guatemala, y derechos en salud de la mujer

1. Inequidad en el acceso a los servicios. En Guatemala, la discriminación étnica y de clase son factores que promueven la inequidad en la distribución de bienes y servicios públicos, la falta de acceso a la atención en salud es una realidad impuesta que ha desfavorecido el bienestar físico, emocional y económico a más de la mitad de la población del país. Desde la Constitución, el deber del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, MSPAS, es garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Desde el control administrativo de los recursos, pretende promover la salud y el bienestar humano proyectados desde un trato humano, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad de forma gratuita y sin discriminación. (MSPAS, 2014) El MSPAS, sin embargo, aún se sitúa como una de las instituciones con carencias en su presupuesto, financieramente no cuenta con los recursos mínimos para garantizar una pronta, adecuada y equitativa atención en salud. Particularmente, por su escaso financiamiento se han atrasado posibles avances para lograr servicios equitativos accesibles e igualitarios en la atención.

La situación del sistema de salud no ha mejorado a través de los años por ejemplo; la cantidad de hospitales y centros de atención apenas han variado y diferenciado entre las décadas pasadas. En el año 2006, se tenían 2,470 puestos y centros de salud de primer nivel, 335 centros de atención permanente y ambulatorios y 43 hospitales, en comparación en el año 2012, con insignificantes cambios, se registraron 1,101 establecimientos para el primer nivel, 346 establecimientos para el segundo nivel, y 45 hospitales para el tercer nivel de atención a nivel nacional (OPS, 2007: 35)

Cuadro 3: Diferencia en la cantidad de establecimientos a nivel nacional del MSPAS, del 2006 al 2011.

Nivel de atención.	Cantidad de establecimientos. Año 2006.	Cantidad de establecimientos. Año 2011
Primero: Su mayoría puestos de salud y unidades mínimas.	2,470 (con Centros de Convergencia)	1,101 (sin Centros de Convergencia)

Continuación Cuadro 3.

Nivel de atención	Cantidad de establecimientos. Año 2006	Cantidad de establecimientos. Año 2011
Segundo: La mayoría son centros de salud permanentes y ambulatorios.	335 (Centros de Atención Integral Materno Infantil, CAIMI (3); maternidades cantonales, centros de salud, clínicas periféricas y centros integrados.)	346 (Centro de Atención Permanente, CAP, Centros de salud (110), Centros de Atención de Paciente Ambulatorio, CENAPA (40), CAIMI (5), Maternidad cantonal (4), Centros de Urgencias médicas, CUM (3), Clínicas periféricas (2), Servicios Especializados (2).
Tercero: Hospitales.	43	45

Fuente: Elaboración propia con datos de (OPS, 2007: 35)

La falta de inversión en infraestructura hospitalaria, de centros de salud y puestos de salud, limita el acceso pronto y regular a las poblaciones más lejanas en función de la cantidad y ubicación de los establecimientos actuales. Walter Flores (2008), explica que la baja cobertura y recursos en salud, ha generado que la población deba acudir a medios más asertivos para la obtención de atención pronta y medicamentos, ya sea acudiendo a farmacias o a servicios privados, es decir que la población se financia los servicios a los que acude. Subraya que las fuentes de financiamiento que provienen de las familias representa un 65% de la inversión en salud comparada a un 19% de inversión por el gobierno, un 10% de empresas y un 2.5% proveniente de la cooperación internacional. Otros datos indican que únicamente el 11% de la población puede acceder a los servicios al momento de necesitarlo en una situación de emergencia, y únicamente un 30% de la población efectivamente puede acceder y utiliza la red de servicios públicos, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención, que se traduce a puestos de salud hasta hospitales (Flores, 2008: 30, 34).

Además de no contar con establecimientos más cercanos y equipados, dentro del presupuesto para salud existe una distribución de recursos hospitalarios y en salud desigual, es decir que para algunos es mucho más fácil tener acceso a recursos en salud que para otros. Mayoritariamente, las poblaciones más pobres no cuentan con acceso inmediato a la atención, e incluso estas diferencias sugieren también un tipo de selección para el envío de más o menos recursos según su etnia. Sandra Sáenz (2006), explica los grados de desigualdad en el país en cuanto a la distribución equitativa de servicios en salud y su acceso e indica datos que aseguran una fuerte disparidad en la distribución de recursos en salud según la etnia. En departamentos donde vive en su mayoría población indígena y donde más del 70% de la población es pobre, el

gasto por persona en salud durante el año 2003 fue de Q. 80.46 en comparación en lugares con menos población indígena el gasto por persona fue de Q.98.00 y en la capital fue de Q. 350.00 por persona, pues en esta se concentran más recursos hospitalarios. Para el año 2006 se registró un aumento del número de servicios a nivel nacional, sin embargo, este no fue igual para todos los sectores del país y no dio la cobertura según la cantidad de la población. En los cuatro departamentos con mayor población indígena, únicamente hay un puesto de salud por cada 16,600 habitantes, y para la población con menor población indígena hay un puesto por cada 7,800 habitantes. Totonicapán con el doble de la población que El Progreso, cuentan con la misma cantidad de hospitales y centros de salud y El Progreso cuenta con más puestos de salud; en Alta Verapaz, tienen acceso solo a dos tercios de los puestos de salud que le corresponden a Jutiapa, aunque Alta Verapaz tiene el doble de la población de Jutiapa (Sáenz, 2006: 109).

En representación de lo anterior, en la Tabla 1, por ejemplo, se puede observar la cantidad de establecimientos en la ciudad de Guatemala y su comparación con la cantidad encontrada en departamentos con mayor cantidad de población indígena en el año 2001:

Tabla 1: número de establecimientos de salud  
para el año 2001:

Departamento	Cantidad de servicios en salud.
Guatemala	41
Quiché	32
San Marcos	22
Huehuetenango	20
Alta Verapaz	20

Fuente: Elaboración propia con datos de (Funcede, 2001: 7)

Los recursos, tanto de infraestructura como de recurso médico y humano, están reunidos en el departamento de Guatemala. Para ilustrar estas asimetrías, por ejemplo, Flores señala que en este departamento hay un médico por cada 348 personas y que en contraposición se encuentra la región del Quiché con un médico por cada 11,489 personas, esto para el año 2008. Asimismo, la equidad en la distribución de recursos y la equidad en la entrega de servicios es desigual, se afirma que casi el 50% de los recursos del MSPAS se dirige al área urbana del país, aunque solo el 25% de la población reside en esta región, en cuanto al IGSS, casi el 80% de su personal de salud se encuentra en la ciudad de Guatemala. Por otro lado, en cuanto a la equidad en la entrega de servicios, aunque se ha implementado la extensión de cobertura a comunidades, estas se realizan periódicamente y se sabe que hay fuerte ineficiencia en la prestación del servicio, incluyendo una cobertura menor a la que se pretende (Flores, 2008: 35, 55-57; OPS, 2007:38).

Por otro lado, en cuanto a la salud reproductiva se sabe que las poblaciones más pobres registran los índices más altos de fecundidad y mortalidad. En encuestas anteriores al ENSMI 2008 y 2009 se registró que los embarazos no deseados se encuentran altamente relacionados con la poca oportunidad en educación y formación sobre educación sexual y reproductiva, y estas son más recurrentes en las áreas rurales que en áreas urbanas. Las mujeres en edad reproductiva han sido encuestadas para saber el nivel educativo recibido, se demostró que la mayor cantidad de mujeres fértiles sin educación pertenecen a los departamentos de Alta Verapaz, Huehuetenango, Baja Verapaz, Sololá, Totonicapán, Quiché, Chiquimula y Petén, un 30.8% no había completado la escuela primaria, solo un 15.1% lo completó (ENSMI, 2010: 5-6, 55). Estos datos son relevantes por ser consecuentes a las condiciones desequilibradas de riqueza y pobreza en el país y a las oportunidades de obtener información sobre educación sexual y reproductiva.

El poco abastecimiento y cobertura contribuyen a que el impacto de las mismas condiciones de salud reproductiva y sexual sea mayor para poblaciones rurales excluidas de mayores y mejores oportunidades en salud. En regiones altamente empobrecidas hay permanencia de enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, y por otro lado, altos índices de mortalidad infantil y materna. A pesar de que se han registrado algunos logros, aún continúan situaciones en riesgo para las mujeres. En el año de 1995 el porcentaje de partos atendidos en un establecimiento de salud fue de 34.3% para el año 2001 fue de un 51.2%, pero los datos demuestran que durante los primeros años de la década de los dos mil, la tasa de fecundidad permanece mayor en Guatemala comparado con El Salvador, Nicaragua y Honduras, además que se registra un menor uso de métodos anticonceptivos para Guatemala (ENSMI, 2010: 7-8, 10).

## E. Contexto social y servicios de salud en Huehuetenango y Cuilco

1. **Demografía y características socioeconómicas.** El departamento de Huehuetenango es uno de los más grandes del país, con una extensión de 7,403 km cuadrados, ocupando un 5.6% del territorio de Guatemala, tiene el mayor número de divisiones territoriales con un total de 32 municipios (PNUD, 2007: 15). Para el 2012 se calculó que los dos departamentos con mayor población fueron Guatemala con 3, 207,587 millones de personas y Huehuetenango con 1, 173,977 millones de personas (554,643 mil hombres y 619,334 mil mujeres) (INE, 2013: 73; Camus, 2008: 75). Se prevé que en 30 años la población puede duplicarse; a nivel municipal, son 12 de 31 municipios que mantienen un crecimiento constante, en ellos se concentra la mitad del total de la población del departamento. Se ha reducido el crecimiento poblacional de los menores de 15 años pero de manera lenta. Los municipios con más presencia de población joven son San Jaspar Ixchil, Tectitán, Todos Santos Cuchumatán, San Rafael la Independencia y Cuilco. La mayoría de su población es indígena con un 65% entre

ellos representan 22 grupos lingüísticos mayas, las más predominantes son el Akateco, el Chuj, Jakalteco-Mam, Ladino-Quiché, Q'anjob'al y Mam (PNUD, 2007: 2, 3, 15).

Durante más de medio siglo Huehuetenango ha tenido territorios que en su mayoría se han mantenido rurales, un 79% de su población habita en estas áreas; el crecimiento urbano inició en la década de los setenta incrementando de forma pronta los centros urbanos pero esta no ha sido de manera homogénea, solamente cuatro de los 31 municipios cuenta con zonas urbanizadas. Huehuetenango, se encuentra dentro del cinturón de pobreza del norte y noroeste del país. Para el año 2,006, las tres cuartas partes de la población viven en condiciones de pobreza, se estima que representa un 78.3 % de la población, y a nivel nacional está entre los cinco departamentos con mayores índices de pobreza extrema con un 30% de su población pobre. (SEGEPLAN, 2006: 14)

Cuilco es uno de los municipios fronterizos ubicado en la parte sur del departamento. Sus límites fronterizos son al norte con La Libertad, al este con San Idelfonso Ixtahuacán, al sur con Tectitán, Tacaná, San José Ojotenam y Concepción Tutuapa del departamento de San Marcos; y al oeste con Chiapas, México. En total, Cuilco tiene 13 microrregiones, con 30 aldeas, 111 caseríos más la cabecera municipal con una distancia de 85 km de la cabecera municipal de Huehuetenango (Consejo Municipal de Desarrollo, Cuilco, 2010: 11). La cabecera municipal se encuentra al margen del río Cuilco, entre los ríos Chapalá y Sosí, y al sur de Cuilco la sierra de Los Cuchumatanes (Gall, 1976: 563).

El Instituto Nacional de Estadística, INE, ha calculado que para el año 2010, Cuilco contaba con una población de 57,067 de personas, donde el 54.71% son mujeres (31,223) y el 45.29% son hombres (25844). En cuanto a pobreza, según los indicadores de pobreza y pobreza extrema, hay un 82.8% de pobreza total, y un 23.9 % de pobreza extrema (PNUD, 2007: 17). Para la Aldea El Rodeo se calcula una población de 1,800 personas, y para la Aldea La Laguna 424 personas (FUNCEDE, 2001: 121).

**2. Generalidades: identidad y relaciones étnicas en Cuilco.** Durante el trabajo de campo, fue difícil obtener una definición étnica y cultural de las aldeas El Rodeo y Buenos Aires; se percibió complejo e incierto tras la observación ambigua de las delimitaciones culturales y étnicas. Esta complejidad se presenta por ejemplo en el hecho que la población de Cuilco define su identidad desde lo ladino-mestizo-indígena, y de manera contradictoria los datos oficiales presentan un Cuilco casi en su totalidad ladino con gran ausencia de identidades mestizas e indígenas (Camus, 2008: 139): <<La población de Cuilco es mayoritariamente ladina y solo un 21.2% se identifica como indígena.>> (INE, 2013: 1- 4).

Manuela Camus (2008), hace un análisis de la sociedad cuilquense y su organización en movimientos migratorios; enriquece desde una narrativa histórica sobre las dinámicas sociales y políticas, de épocas pasadas y contemporáneas, y hace una descripción sobre sus dinámicas

culturales, sociales y étnicas. Respecto a las dinámicas de identidad en Cuilco, Camus indica que es difícil hablar de un solo grupo étnico y una cultura determinada, ya que es una región de fuerte mestizaje donde coexisten los ladinos del pueblo y los pobladores de antiguos grupos indígenas y migrantes de Huehuetenango:

<<La conformación étnica de Cuilco es compleja. Aquí no se puede hablar de una región de territorios “ancestrales”, ni de un grupo o “cultura” definido. Es una tierra de confluencia, convivencia y fuerte mestizaje: de ladinos “natos” del pueblo y antiguos asentamientos indígenas... relacionados con migraciones recientes e internas de Huehuetenango; y también con una intensa penetración histórica y reciente de lo que pueden denominarse “mames invisibles”[...] En definitiva la realidad de Cuilco es sumamente diversa y no llega a ser aprehendida en los datos de los censos>> (Camus, 2008: 139 y 140).

Estas confluencias culturales cercanas a nuestra época, se remite a episodios recientes, cuando las poblaciones mames adquirieron tierras cercanas al límite con México, Oaxaqueño, Canibal y Oaxaqueño, a pocos kilómetros de aldea El Rodeo, con hábitos migratorios por ciertos periodos de tiempo hacia la costa y a Chiapas, esto hace 56 años atrás. Camus señala que estas poblaciones aún practican su idioma y su traje, tienen cofradías, el temascal y el tejido; esto expone un Cuilco ladino que convive con matices de prácticas sociales indígenas (Camus, 2008: 140).

La realidad cuilquense presenta relaciones étnicas, de poder y de clase. La cabecera municipal es un pueblo de ladinos, se encuentra una población tradicional con ciertas pinceladas conservadoras. Según Manuela Camus, se percibe un Cuilco que alaba su “cultura provinciana”, e históricamente existen referencias sobre comportamientos clasistas y racistas hacia los indígenas y aldeanos. Durante las décadas pasadas, su carácter fronterizo con México y su composición étnica ha conllevado a importantes cambios que sugieren otros tipos de relaciones de poder, interétnicas y culturales, que Camus las coloca como poco evidentes y ocultas. Existe muy poca aceptación por parte de la sociedad tradicional de Cuilco de nuevas presencias de grupos indígenas al tratar de mantener distancias entre ambos. Además hay un imaginario que construye dos tipos de “indígenas”, uno el que ha permanecido en las aldeas lejanas, quienes son calmados “y menos peleoneros que los colotecos”, en Cuilco las mujeres asustan a sus hijos diciendo “que viene el coloteco”; los de Ixta y los colotecos son llamados como “la indiada”. Por otro lado, están los “nuevos ricos” takanecos y tektinecos que tienen ventas, se perciben como listos pero ladrones y también se expresa en cierta medida desprecio (Camus, 2008: 141-142).

En definitiva, el mestizaje es fuerte, se encuentra un vocabulario de influencias culturales indígenas: *“la tortilla ixcuén o fría, el macash para el zompopo, el color musho o café, la shepa o tamal de masa con frijol o el pisque..., el mish...”* Además encontramos la “mexicanización” a través del comercio, importación, las migraciones temporales, la televisión. En las aldeas de Cuilco los acentos y el vocabulario casi similar al mexicano. Los rasgos mexicanizados son parte de una confluencia entre los pueblos y aldeas fronterizas entre Chiapas y Cuilco: *“la música que*

*más suena...es la banda, la norteña, la duranguense. La moda generalizada es la del sombrero, botas, vaqueros, cincho piteado... El símbolo del escorpión, algo que se identifica como machista, es muy profuso... Como en otras partes de Huehuetenango hay un profuso uso de las banderas de México y de Estados Unidos, lo que puede interpretarse como una apropiación de emblemas nacionalistas descargados de su ostentación y esencialismo".* Su relación social como pueblos y aldeas fronterizas, se muestra una construcción de hermandad y solidaridad (Camus, 2008: 143-144) comparten frases, vocabulario e incluso parten hacia México en búsqueda de atención pública hospitalaria, particularmente a Motocintla; en algunos casos se menciona que queda más cerca que dirigirse al CAIMI en Cuilco y al Hospital General de Huehuetenango.<sup>3</sup>

3. El sistema de salud en Huehuetenango y Cuilco. El registro de la cobertura en salud en cuanto recursos e infraestructura son 2 hospitales, uno nacional en la cabecera y otro distrital ubicado en San Pedro Necta; 72 puestos de salud y un total de 186 camas para todo el departamento. En el año 2002, se registraron en todo el departamento un total de 44 médicos, 40 enfermeras, 234 enfermeras auxiliares, 29 técnicos en salud rural (TSR), 2,070 comadronas y 1,408 promotores (PNUD, 2007: 14) Las tres causas principales de muerte en el departamento son por infecciones respiratorias, parásitos intestinales y diarrea. Para el año 2007, la mortalidad materna había descendido de 73 casos en 1,999 a 53 casos en el año 2003, y la tasa de muerte neo-natal fue de 7.59 (PNUD, 2007: 14).

En cuanto al municipio de Cuilco, en la cabecera municipal se tiene un centro de salud "tipo A", junto con el Centro de Atención Integral Materno Infantil, CAIMI, dirigido a más 40, 000 personas. Se cuenta con seis puestos de salud ubicados en distintas comunidades, tales son: El Rodeo, Agua Dulce, Hierba buena, Vuelta Grande y Posonicapa Chiquito. Cada uno de los puestos cuenta con uno o dos auxiliares en enfermería. (Consejo Municipal de Desarrollo de Cuilco, 2010: 17-18) Cuilco, es uno de los primeros municipios en el que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, ha fomentado cambios dentro las redes de asistencia en salud, al incorporar primer CAIMI, comenzando sus funciones en el año 2,006. El CAIMI, se piensa como una estrategia para disminuir la mortalidad materna al ser una de las regiones geográficas con alto riesgo de muerte materna e infantil, pobreza, mala infraestructura, y con difícil acceso social, económico y cultural a servicios obstétricos. Además de las funciones dentro del CAIMI, se creó la Casa Materna, y junto con la organización de mujeres de Cuilco se hicieron trabajos en conjunto para la promoción de la salud, capacitando a comadronas y comisiones de salud. Se ha registrado que desde el año 2008, no ha habido ninguna muerte materna y se conoce que la mortalidad infantil ha disminuido (OPS, 2012: 7- 10).

---

<sup>3</sup> Existe el uso de hospitales en Motocintla, Chiapas. Algunas mujeres mencionan que reciben mejor atención, al menos reciben comida, agua, papel, entre otros, y no piden pago en especie. Sin embargo, casos de maltrato son indistintos a la localidad.

Es de resaltar que Cuilco cuenta con un servicio muy particular, ya que, en ningún otro municipio de Huehuetenango se tiene cantidades similares de recursos materiales y humanos. Dicho centro de asistencia, además de focalizar ayuda a la atención en madres y niños, tiene capacidad de atender consultas externas generales. Se cuenta con encamamiento (10 camas) para pacientes, sala de operaciones para cesáreas, una sala de partos, y una sala con características que responde a la pertinencia cultural. Respecto al personal, todos han sido capacitados (120 personas.); se cuenta con médicos generales, obstetra, pediatra y anestesiólogo, auxiliares de enfermería, personal de apoyo y administrativo. Se comenta que el personal tiene relación estrecha por medio de las capacitaciones con las comisiones de salud y las comadronas. Todos estos reforzamientos, se comparan al año 2004, cuando en la cabecera municipal, la atención obstétrica y atención general en salud era inexistente, lo que hacía que todo aquel que quisiera ayuda hospitalaria debía dirigirse al hospital general de Huehuetenango, a 85 km del municipio (OPS, 2012: 11, 18) .

De forma más reciente, tras el éxito de sus primeras etapas, actualmente, bajo una sistematización de experiencias, se conoce que en una última etapa de los años 2008 al 2011, ha disminuido el nivel de comunicación y trabajo en conjunto entre las comisiones de salud, la Municipalidad, el CAIMI, la Casa Materna y la Asociación de Mujeres Cuilquenses. Asimismo, las comisiones de salud se han mantenido sin el respaldo social que deberían de ofrecer los servicios políticos y económicos de la municipalidad y la Casa Materna sigue trabajando sin los recursos necesarios (OPS, 2012: 18 y 21).

Para comprender los proyectos en salud en Cuilco, es necesario basarse en las proyecciones creadas en conjunto con el CAIMI, ello debido a que muchos de los programas realizados se han ejecutado partiendo de la sostenibilidad que puede ofrecer el CAIMI, tanto de recursos administrativos, económicos y humanos (OPS. 2012: 20). Esto ha saturado la demanda y aumentado la atención pero sin dirigirse en su totalidad en el acceso para las aldeas más lejanas, lo que lo mantiene con irregularidades.



### III. MARCO METODOLÓGICO

#### A. Pregunta generadora

¿Cuáles son las características de la atención médica relacionadas con el maltrato y discriminación desde la experiencia de pacientes en cuatro caseríos de las aldeas El Rodeo y La Laguna, Cuilco, Huehuetenango?

#### B. Objetivos

##### 1. Objetivo general:

Caracterizar episodios de maltrato y discriminación vividos en los servicios de salud en las Aldeas El Rodeo y La Laguna, Cuilco, Huehuetenango.

##### 2. Objetivos específicos:

1. Identificar episodios de maltrato y discriminación en los servicios de salud.
2. Describir los episodios de maltrato y discriminación desde la perspectiva de quienes la han vivido.
3. Definir las características ilustradas sobre el maltrato y la discriminación señalados en los episodios identificados.

#### C. Diseño de investigación

El Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza, CEGSS, aborda el tema de discriminación desde un enfoque de investigación-acción participativa con la finalidad de fomentar la participación ciudadana, empoderamiento y gobernanza, para el monitoreo de los servicios en salud pública con el deseo de mejorar la atención en los servicios de salud pública. (CEGSS, 2013). A lo largo del trabajo del CEGSS, se ha discutido sobre el problema de la discriminación y maltrato en los servicios, por lo que el diseño de investigación se da como respuesta a las experiencias de discriminación y maltrato que surgieron como prioritarios en los procesos de participación ciudadana implementados por el CEGSS. Como consecuencia, paralelo a incidencia política y fiscalización local, se incorporaron durante el año 2013 técnicas de investigación para profundizar en casos de discriminación. Cuilco, Huehuetenango, es uno de los pocos municipios de su departamento en donde el CEGSS ha trabajado con líderes comunitarios para mejorar los servicios públicos, y el más lejano. Ahí mismo, se habían reportado casos de violación de derechos en salud por discriminación, por lo que el grupo de

investigación del CEGSS decidió tomarlo en cuenta y colocarlo dentro de la investigación de tesis.

Aunque se tuvo quejas específicas de maltrato en los servicios, es necesario indicar que el equipo de investigación no contaba con las características de discriminación y maltrato reportados, ni alguna sistematización de las quejas. En su momento no se contó con información, datos o variables sobre casos de violencia en los servicios de salud por lo que la tesis se adecuó e inspiró al diseño metodológico de la teoría fundamentada, que consiste en la elaboración de investigación sin el sustento de variables previas.

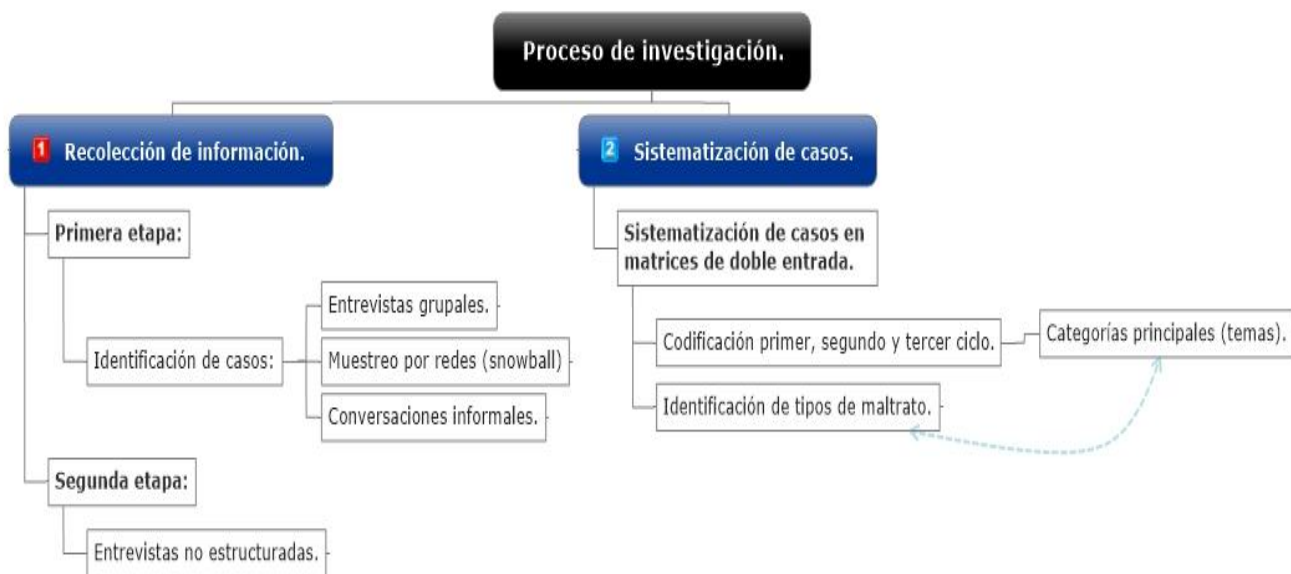
Este diseño de investigación pertenece al enfoque cualitativo, particularmente por la narración de experiencias personales. Se tuvo la intención de aproximarse a los casos y evidenciar experiencias discriminatorias, además de términos y conceptos propios de la localidad que definen los distintos tipos de maltrato desde distintas vivencias.

## D. Proceso de investigación

La investigación se realizó en la aldea El Rodeo y en dos caseríos muy cercanos ubicados en los alrededores, pertenecientes a la aldea La Laguna, (ver mapa, en anexos). Antes de iniciar la investigación de campo, se realizó una visita previa a la aldea El Rodeo, Cuilco, con la finalidad de realizar una entrevista grupal sobre sucesos de maltrato y discriminación en los servicios de salud cercanos, el que ayudó a la familiarización con los sucesos. Luego de la primera visita, se realizó una guía de temáticas para las entrevistas semiestructuradas (ver anexo). Para dar inicio al trabajo de campo, se informó a las autoridades locales, representantes de los Consejos Comunitarios de Desarrollo y de la Comisión de Salud sobre los detalles de la investigación, los objetivos y procedimientos para su autorización. Consiguientemente, se realizaron entrevistas grupales y luego se inició con un muestreo por redes para indagar sobre la existencia de episodios de maltrato y discriminación. Desde ahí, se elaboraron las entrevistas a profundidad. Por último, se realizó una sistematización de la información a través de matrices de doble entrada y también por medio de codificación de datos. Como parte del proceso basado en la teoría fundamentada, los datos fueron obtenidos primero y luego se relacionó con la teoría. Es decir que este paso fue a posteriori a la recolección de información

El siguiente diagrama ilustra en general el proceso de investigación, recolección de información y sistematización de datos:

Figura 2: Proceso de investigación:



Fuente: Elaboración propia.

## E. Diseño de muestra

1. Referencia por cadena o muestreo por redes. Para la investigación se hizo uso del método de muestreo "Snowball" o también conocido como muestreo por redes para estudiar casos "hard to find", es decir personas que no son fácilmente encontradas en una población (Bernard, 2006: 192) Para la técnica de "snowball", se inició con informantes claves de la comunidad. Luego de realizar las primeras conversaciones informales, se hicieron preguntas para saber si ellos conocían a algún familiar o conocido que haya pasado por la misma experiencia, esto se hizo de informante a informante, lo que creó que la muestra aumentara con cada una de las entrevistas. Para ambas aldeas, el marco de la muestra logró llegar a una considerable saturación, lo que se conoce como la mención repetida de los posibles informantes o conocidos.

Las entrevistas grupales ayudaron a identificar informantes claves que a su vez fueron parte del método "bola de nieve" generado. La investigación se enfocó en población mayor de 18 años y que haya tenido alguna experiencia de atención biomédica dentro del sistema de salud pública.

## F. Proceso de recolección de información

Los pasos del proceso investigativo se dividen en dos etapas. La primera etapa consistió en realizar entrevistas grupales, que además de crear un acercamiento con mujeres que asisten o asistieron al servicio de salud, buscó reconocer experiencias y opiniones sobre las visitas médicas realizadas. La segunda etapa consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas con la finalidad de profundizar en los episodios narrados que describieron la atención médica y explorar particularmente el trato vivido, como también los conceptos utilizados que describen la experiencia. En paralelo, se realizaron entrevistas informales y semiestructuradas a dos líderes de la comunidad, incluyendo a una enfermera y a tres comadronas. A continuación, se explican las etapas con más detalle.

Para la realización de los grupos focales, (etapa 1), se contó con el apoyo de miembros de la Comisión de Salud para reunir a mujeres que hayan tenido alguna experiencia con los servicios de salud, ya sea propia o cercana. A continuación, en la Tabla 2, se explican éstas consideraciones como los criterios de selección:

Tabla 2: Etapa 1, criterios de selección para entrevistas grupales.

Cantidad	12	12	10	10
Población	Hombres y mujeres de la comunidad El Rodeo, Cruz Pinapa y Villa Nueva.	Mujeres de la comunidad de Buenos Aires.	Mujeres de la comunidad de Cruz Pinapa.	Mujeres de la comunidad de Villa Nueva
Criterio de selección	Hombres y mujeres que conozcan de los servicios de salud.	Mujeres que hayan recurrido a puestos, centros u hospitales	Mujeres que hayan recurrido a puestos, centros u hospitales.	Mujeres que hayan recurrido a puestos, centros u hospitales

Fuente: Elaboración propia

Para la etapa 2 (Tabla 3), se contó con la participación de mujeres que han tenido asistencia médica en el sistema biomédico de su localidad, ya sean puestos, centros de salud u hospitales. Estas mujeres narraron y explicaron el episodio vivido en cada uno de los establecimientos. Además se trabajó con agentes claves: una enfermera, tres las comadronas, un promotor de salud, y un líder de la comunidad quienes tenían conocimiento acerca de las condiciones de salud en el área.

Tabla 3: Etapa 2, criterios de selección y recurso metodológico.

Cantidad.	3	3	28
Criterio de selección	Conocimiento de la situación local en salud y atención médica.	Conocimiento de la situación local en salud.	Mujeres que en su experiencia médica hayan recibido o visto mal-trato por personal de salud.  Mujeres que en su experiencia hayan tenido un buen trato en los servicios de salud.
Población	Comadrona El Rodeo. Segunda Comadrona El Rodeo. Comadrona	Enfermera auxiliar Promotor de salud Cruz Pinapa. Miembro comisión de salud de El Rodeo.	Mujeres vivieron alguna experiencia médica en puesto, centro u hospital. El Rodeo, Cruz Pinapa, Buenos Aires, Villa Nueva.
Método	Entrevistas semiestructuradas.	Entrevistas semiestructuradas.	Entrevistas semiestructuradas. y a 10 mujeres, entrevistas estructuradas.

Fuente: Elaboración propia.

## G. Instrumentos

1. **Entrevistas grupales.** La opinión de los miembros de la junta directiva fue tomada en cuenta para la realización de los grupos focales, en especial, de los caseríos donde se podía recurrir en función del apoyo dado por los miembros del Cocode. Como informantes claves, los miembros de las Comisiones de salud convocaron a mujeres que han ido al servicio de salud. Se consideró a dos comunidades de los caseríos aledaños, pertenecientes a la aldea la Laguna: Villa Nueva y Buenos Aires, muy cercanos a El Rodeo; y en la aldea El Rodeo, se trabajó con los caseríos El Rodeo y el caserío de Cruz Pinapa.

Durante la primera semana de trabajo de campo se llevaron a cabo los grupos focales que resaltaron los principales acercamientos al tema. Se eligió trabajar con mujeres, ya que, suelen recurrir con más frecuencia que los hombres al servicio biomédico. Metodológicamente, cambió la posibilidad de ampliar la investigación a hombres y mujeres por igual, a un enfoque investigativo exclusivo a mujeres, resultó ser viable para el trabajo etnográfico en corto tiempo.

Las entrevistas grupales dieron a conocer un discurso propio entre los participantes, y al mismo tiempo, de exponer la diversidad de visiones respecto a la problemática. Además, permitió conocer las dinámicas sociales entorno a las condiciones y uso de los servicios de salud, desde su accesibilidad hasta el trato médico. Durante los grupos focales se pretendió obtener diversos puntos de vista sobre el tema, más no se tuvo la intención de utilizarlo como herramienta investigativa para profundizar en los casos. Se utilizó una guía preguntas, para conocer desde cuántas veces asisten a los servicios hasta la opinión personal sobre qué les parecen los servicios de salud. Se inició la discusión con preguntas como: 1) ¿cuáles son las razones por la que más asisten al servicio de salud pública?; 2) ¿con qué frecuencia asisten a los servicios?; 3) ¿qué tipo de trato dan durante el servicio?; 4) ¿cuál es el tipo de palabras empleadas por los servidores de salud? y 5) ¿han tenido alguna experiencia negativa en los servicios? Estas entrevistas grupales ayudaron a contextualizar.

Estas discusiones grupales provocaron un primer contacto con cada uno de los caseríos, lo que fue utilizado para generar confianza y dar a conocer la investigación, lo que metodológicamente se conoce como “rapport”.

Además, propició la identificación, aunque con dificultad, de las usuarias que tuvieron algún problema durante la atención, a pesar que sólo 2 de cada 10 o 12 mujeres afirmaron vivir episodios de maltrato médico; estos casos también fueron parte de la muestra para el método de muestreo por redes.

**2. Entrevistas informales y no estructuradas.** Como parte del proceso de la investigación cualitativa, las entrevistas informales y las entrevistas no estructuradas, también fueron claves para generar confianza, como también, generaron un acercamiento al conocimiento que tiene la población sobre la temática investigada.

Las entrevistas informales se llevaron a cabo por medio del acompañamiento a personas de la comunidad en sus actividades cotidianas o en espacios públicos, por ejemplo camino a la iglesia, alguna celebración, visita a hogares, en el camino o en los medios de transporte.

Por otro lado, se hizo práctica de entrevistas no estructuradas con personas claves que tenían un rol especial dentro del marco investigado. Russell Bernard caracteriza esta técnica como entrevistas que repentinamente pueden terminar; sin embargo, siguen un esquema de temáticas importantes para completar (Bernard, 2006: 210). Las entrevistas no estructuradas se

realizaron con un miembro de la comisión de salud de El Rodeo, una enfermera del Centro de Salud de El Rodeo y un promotor de salud de Cruz Pinapa.

Para las entrevistas no estructuradas se preparó una serie de preguntas para determinar el conocimiento sobre el contexto socio-económico y de salud. Se hizo uso de algunas de las guías que son parte del instrumento "Rapid Assessment Procedures", RAP (ver anexos), que provee una variedad de preguntas muestra en forma de listas temáticas. Las guías están diseñadas principalmente para cortos periodos de investigación y trabajo de campo, las mismas han sido utilizadas en investigaciones en la cuales se necesita conocer sobre el contexto social, económico y de salud en donde no se pueda extender la inmersión a cierta información cualitativa (Scrimshaw, 1987: 1, 2). Algunas de las guías RAP, fueron modificadas según las necesidades de esta investigación: a) estatus socioeconómico, b) recursos en salud, c) condiciones del hogar, d) usos de los recursos en salud y, e) uso de los recursos oficiales en salud, básicamente, se eliminaron contenidos que no correspondían al contexto de la investigación.

**3. Entrevistas semiestructuradas.** Se realizaron 28 entrevistas semiestructuradas con las referencias de fuentes de información obtenidas del método de muestreo por redes y de conversaciones informales. Estas referencias corresponden a mujeres que vivieron alguna experiencia de atención médica, ya sea percibida como positiva o negativa. Siendo esta parte la más importante de la investigación, la finalidad fue esencialmente conocer sobre el suceso en general y sobre el episodio de atención médica, que en su descripción y características, pudieran presentar aspectos de violencia verbal o física.

Como base se usó la Guía 2, que contenía los puntos relevantes a tratar durante la entrevista semiestructurada, presentada en una lista de temáticas por cubrir. Esto permitió que la interacción fuera más fluida, teniendo como prioridad ahondar dentro de las descripciones señaladas por la usuaria, es decir según su experiencia. Fue por ello que las preguntas fueron abiertas (o generales) para poder distinguir la caracterización hecha por cada una de las entrevistadas, incluyendo los términos que conceptualizan las interacciones o maltratos. Siguiendo la descripción narrada por la usuaria, cada una de las entrevistas fue diferente a otra a la hora de realizar las preguntas de investigación, aunque siempre el abordaje correspondió a las temáticas de la Guía 2.

Para comprender el caso de la manera más completa posible, la guía de temas cubrió cinco secciones importantes (ver anexo Guía 2). A través de la experiencia de cada persona, se indagó en las partes del episodio, empezando por conocer la dolencia o condición física, y luego se hizo un recorrido por los sucesos ocurridos durante ese día o los días del servicio, desde la salida de su comunidad hasta el final del servicio médico. Aunque las preguntas realizadas dependieron mucho de la narración y caso particular, se realizaron preguntas que no variaron

mucho de una entrevista a otra. Fueron utilizadas preguntas como ¿qué le ocurrió ese día?, ¿qué sentía ese día que tuvo que ir al servicio?, ¿por qué decidió ese día ir con el médico? o ¿al final quién decidió que fueran al servicio? Estas preguntas podían señalar no sólo la dolencia de la persona, sino también las prácticas en salud, el uso de los centros de salud u hospitales, como también indagar si hay uso recurrente o no de los servicios, ¿hay confianza, acceso u oportunidad en utilizarlos o no?

Luego, se recayó en el servicio médico como tal. Se preguntó sobre qué pasó antes, durante e inmediatamente después de la atención. Ejemplos de las preguntas realizadas fueron: ¿al llegar la atendieron inmediatamente?, ¿cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendida?, ¿quién la atendió de primero?, ¿dónde la ubicaron después? Se le preguntó sobre las primeras interacciones con el personal médico, algunas de las preguntas fueron: ¿qué le dijo el médico / enfermera al verla?, ¿inmediatamente le dio algo para el dolor?, ¿la mandaron a la sala de atención?, ¿le dio alguna pastilla?, así consecutivamente con preguntas similares.

Otra de las partes que se quiso conocer, fue la presencia tanto del personal médico como de otras personas durante la atención médica, la cantidad de personal que la atendió durante el servicio, como también la profesión del personal que la atendió, el rol que jugó durante la atención, y sobre los parientes o personas que lo acompañaban. Algunas de las preguntas realizadas fueron ¿alguien estaba con usted en ese momento?, ¿estuvo sola todo el tiempo?, ¿quién la atendió en ese momento?, ¿cree que la ayudaron?, ¿qué hizo el doctor / qué pasó cuándo usted estaba con dolor?, ¿llegaron rápido a verla?, ¿qué le dijo su esposo al doctor?, ¿podían entrar a verla?, y otras preguntas similares.

Para conocer el tipo de trato que se tuvo por parte de personal médico, se examinó sobre la interacción con los pacientes, por medio de las conversaciones y procedimientos en los cuidados médicos durante la estadía en el centro de salud u hospital. Se preguntó sobre la duración del servicio, las conversaciones, palabras o gestos dados antes, durante y después del servicio, tales como, ¿qué le dijo el médico cuándo la vio tan mal?, ¿qué le dijo cuando tenía que ir a bañarse?, ¿le explicó que medicamento le iba a poner?, ¿entonces, le avisó cuando le puso la inyección?, entre otras preguntas que correspondieron a cada caso. Al haber algún caso de maltrato se indagó en los acontecimientos que ofendieron a la paciente, reconociendo las palabras locales que definían esos episodios fuertes o violentos.

De forma consiguiente, para saber si el uso de esa palabra o frase era propio de la localidad, se hizo uso de éstas palabras en otras de las entrevistas. Consecuentemente, se preguntó sobre el conocimiento de otras personas que hubieran pasado por algo similar a su experiencia y también se le preguntó sobre alguien más que haya ido al mismo puesto, centro u hospital.

## H. Análisis de datos

1. **Codificación.** Para lograr caracterizar los episodios, se realizó un análisis sistemático de las entrevistas semiestructuradas realizadas. Para el análisis de datos, se empleó el método de codificación, pasos propuestos por la teoría fundamentada, con el cual se pudieron identificar de manera sistemática las características empleadas por las propias mujeres que narraron los casos de maltrato, siendo así como resultado que los códigos y categorías emergieran de la propia experiencia de las pacientes.

Se hizo uso de las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas, y de las mismas se obtuvo extractos de las narraciones donde estuvieran plasmadas las descripciones de las interacciones que fueron parte de todo el servicio de salud recibido por las pacientes. De las mismas, se recopiló extractos de textos claves que hablaban específicamente de episodios de maltrato, y con ello se hizo una agrupación de casos por medio de matrices de doble entrada, donde se hizo una breve explicación del caso y se colocaron las citas textuales del mismo, como también, lugar, tipo de servicio, año, edad y etnia.

Uno por uno, los casos fueron examinados, el procedimiento conllevó leer e identificar palabras, frases u oraciones que explicaran desde la visión de la paciente la interacción durante los servicios médicos, y al igual toda clase de experiencia que señalara algún tipo de maltrato. De forma consiguiente, se marcaron y señalaron aspectos que resaltarán los criterios de maltrato demostrados y reconocidos por la usuaria, siendo este el uso de códigos o nodos “in vivo”, es decir palabras propias (o locales) que describieron y conceptualizaron cada experiencia. En ciertos casos, no se encontraron palabras o conceptos propios que caracterizaran el caso, por lo que algunos de los códigos fueron considerados por la investigadora al analizar cada una de las descripciones. Todo lo anterior corresponde a la codificación abierta, conocida como primer ciclo.

Como tercer paso, se llevó a cabo la codificación de segundo ciclo, también llamado codificación axial, cuyo proceso fue relacionar y agrupar los códigos identificados y marcados durante la codificación abierta. Eso significó hacer una comparación constante entre los nodos, donde se observaron similitudes y diferencias a partir de las características encontradas. Dichas agrupaciones fueron clasificadas, y de forma consiguiente se les colocó nodos de segundo ciclo que nombraron el tipo de trato médico, dándoles un significado más amplio a cada una de las respectivas agrupaciones.



## IV. RESULTADOS

La búsqueda de atención en salud reproductiva por parte de las mujeres de las comunidades de Cuilco inició hace casi una década. La mayoría de mujeres entrevistadas comentó varios aspectos sociales a los que tenían que enfrentarse al planificar dirigirse a Centro de Asistencia Integral Materno Infantil, CAIMI, por ejemplo, la falta de dinero para pagar medicamentos o para pagar transporte de sus aldeas al municipio o a la cabecera departamental. Hace una década las comunidades de Cuilco (El Rodeo y Buenos Aires) no contaban con una carretera que los conectara con el hospital de Cuilco, y aún en la actualidad existen dificultades para llegar, ya que el camino se encuentra en malas condiciones y los servicios de bus son privados y muy eventuales; y segundo, el poco acceso a vehículos.

La familiaridad con los servicios de salud se ha ido experimentando poco a poco, al igual que otras regiones de Huehuetenango, muchas de las mujeres prefieren no utilizar los servicios en salud durante su embarazo y siguen optando por ser atendidas por comadronas o solas para dar a luz. Por ello, muchas mujeres no cuentan con otros referentes en servicios de salud “occidentales”, pueden pasar periodos largos para utilizar los servicios públicos en salud, usualmente cuando alguno de sus hijos está muy grave, la mayoría se dirigen a los puestos de salud o unidades mínimas en búsqueda de medicamentos o por chequeo de embarazo, revisión de talla y peso para los niños y niñas. En los años anteriores a la existencia del CAIMI, no se dirigían al hospital. Preferían tener el parto en la casa solas o con comadrona. Sin embargo, las mujeres entrevistadas mencionan que sus últimos partos los tuvieron en el CAIMI. Esto quizás por los esfuerzos de llevar a las comadronas a los servicios de salud, quienes al mismo tiempo crean un nexo directo a las mujeres con el uso de los servicios públicos en salud.

### A. Maltrato en los servicios de salud

Como resultado del proceso de codificación se definió una red de significados de las relaciones de trato durante la atención médica. Los resultados generales que explican este entramado de significados se presenta en el Cuadro 4, este muestra un resumen descriptivo sobre la particularidad de cada uno de los tipos de maltrato vividos por las mujeres durante la atención médica

Cuadro 4: Descripción general de los principales resultados.

Acción	Descripción
1. Mostrar indiferencia, hacer sentir rechazo	Proveedor de salud genera sentido de rechazo y de indiferencia a la paciente. Las pacientes se sienten ignoradas.
2. Coacción  → Abuso verbal → Abuso físico	Proveedor de salud limita la autonomía de las pacientes, sea física o emocional.  Proveedor hace uso de gritos, insultos, regaños y burlas.  Proveedor daña por medio de la fuerza física a la paciente.
3. Negligencia  → Traspaso de responsabilidades	Poco cuidado e importancia en los procedimientos médicos. Descuido médico hacia la paciente, (desatención).  Proveedor carga de responsabilidad a la paciente por poco cuidado o interés en su salud.  Transmitir responsabilidad en función de causar daño a la paciente, ya sea para culpar o para castigar a la paciente.
4. Naturalización del maltrato: “nos consideran”	Se normaliza el maltrato psicológico, verbalo incluso físico. Asimismo, se naturaliza el poco acceso a información, falta de consentimiento informado. Las pacientes lo observan como algo normal, que puede ser aceptado, en apariencia porque “trae beneficios a su salud”.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Frecuencia en la que los diferentes abusos fueron mencionados.

Tipo de abuso	Cantidad de veces descrito por las pacientes.
Abuso verbal	36
Coacción.	32
Negligencia	10
Abuso físico	4
“Nos consideran”	10

Fuente: Elaboración propia.

Dentro del marco de resultados se obtuvieron características distintas; sin embargo, a partir del análisis realizado se piensan estas distintas características como parte de un solo cuerpo. Si no es que en todos los casos, en la mayoría frecuentan hechos que contienen manifestaciones, ya sea de coacción que limita la autonomía de la paciente, o de la negligencia que libera de responsabilidades al proveedor de salud. Sea cual fuera, surgieron descripciones sobre el sentirse ignoradas o rechazadas (*desprecio*, según las mujeres) como una de las principales actitudes del personal de salud hacia las pacientes, esta muestra una actitud de indiferencia respecto a la paciente y su estado de bienestar. El rechazo se debe comprender como una capa de gran abarque, que en su contenido incorpora todos los elementos que caracterizan el maltrato, pasando por cualquier tipo de trato que va desde la coacción hacia la negligencia. Un regaño, la desatención, un mal gesto o un golpe físico están subsumidos dentro de esta capa que señala indiferencia y rechazo. Está acción de hacer sentir ignoradas a las pacientes es la violencia que se encuentra implícitamente en todos los demás tipos de maltrato; se inferioriza e invisibiliza a la persona por medio de falta de explicaciones médicas, ignorar o no escuchar a las pacientes cuando ellas les hacen alguna pregunta, no considerar la historia de las pacientes y negarles afirmaciones o deseos que ellas hagan. En la Figura 3, se observa el “desprecio” o rechazo que envuelve a todos los demás componentes: a) coacción, que incorpora a su vez el abuso físico y verbal; y b) negligencia, que incorpora a su vez el traspaso de responsabilidades. Todas estas características son vías para recriminar, acusar, inferiorizar, castigar y dañar (psicológicamente o físicamente) a las pacientes.

Figura 3: Representación de relaciones entre diferentes tipos de maltrato.



Fuente: Elaboración propia.

Como un segundo resultado, surgieron dos características que se sitúan fuera de la percepción del abuso o de maltrato, que son parte de un mismo fenómeno. Aunque casi ausente en los casos, existen (a) señalamientos sobre la atención y el trato médico como buenas y como segundo, (b) estos malos tratos no se identifican ni se reconocen. Algunas mujeres concluyen que los abusos son comunes, no mencionaron que estas acciones estuvieran ubicadas fuera de la norma social y se detallaron como aceptados aunque no agradaran. Independientemente del hecho de que las pacientes las reconozcan como aceptables o que al contrario, no exista una identificación del maltrato, se evidencia la naturalización de los abusos y una limitante a la crítica y a la evaluación acerca de la atención médica recibida, además de ilustrar el poco acceso al conocimiento de sus derechos.

Además, es importante señalar el conocimiento carente y arbitrario sobre el derecho en salud. En las entrevistas se presentó que las mujeres tenían cierto grado de información sobre la atención médica, principalmente sobre ser obligatoria y gratuita; sin embargo, más allá de esta premisa, se evidenció una leve dificultad en reconocer en su totalidad la atención como una experiencia privada de derechos o incluso negativa; iniciando con una narración que para ellas no se observaba como importante, paulatinamente la narración se convirtió en un medio para reconocer los abusos, recordando aspectos que no las hicieron sentir bien, a pesar de que no contaban con alguna referencia o una mayor familiarización con los servicios. Un detalle sustancial es el contexto social y las condiciones de pobreza combinados con el escaso uso de los servicios de salud. Es hasta hace siete a diez años que tienen acceso a centros permanentes para mujeres, teniendo exclusivamente un puesto de salud como recurso único y cercano a la

atención en salud pública, la mayoría de mujeres aún práctica partos en su hogar como la automedicación.

## B. Abusos por medio de la indiferencia y la negligencia

Figura 4: Esquema sobre la negligencia como una estrategia de maltrato.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de la categoría de “negligencia”, emergen sub-categorías o patrones como la 1) falta de atención, 2) descuido hacia la paciente y 3) no hay ayuda. Dentro de esta investigación la negligencia se entiende como la falta de atención médica en ciertos momentos al no dar ayuda cuando la paciente lo está pidiendo, al descuidar ciertos procedimientos o dañar a el/la paciente.

Las mujeres entrevistadas que vivieron este tipo de irresponsabilidad médica, mencionan que algunas enfermeras “no hacen caso” o que no las atienden cuando ellas tienen algún dolor. En dos casos, se menciona que los enfermeros no les hacían caso cuando ellas les estaban pidiendo ayuda al momento del parto. Se indica que los enfermeros que estaban en su ronda nocturna se dedicaban a jugar “póquer”.

En uno de los casos, una joven se encontraba en su cama por la noche. Luego de recibir atención para el parto pidió ayuda porque una de sus piernas le dolía mucho y estaba bastante hinchada. En ese momento habían algunos enfermeros de turno y no habían médicos; JOAV no podía dormir por el fuerte dolor en su pierna, llamó a los enfermeros pero comentó que ellos se encontraban jugando naipes en la entrada de la sala. A pesar de que los enfermeros se encontraban afuera del cuarto y JOAV gritaba, los enfermeros no preguntaron qué problema tenía ni les interesó que ella tuviera mucho dolor. En estos casos encontramos, además de presentar descuidos médicos, también hay una carga hacia la paciente al dejarlas solas y hacerse cargo de sí mismas, este caso corresponde al código “transmisión de responsabilidades”, y a las subcategorías de negligencia: “descuido hacia pacientes” y “no hay ayuda cuando se pide”:

<< Lo que sí de pura risa están jugando naipes. Uno los llama, a mí me dolía la pierna tenía hartito dolor se me estaba hinchando. Estaban ahí jugando en la puerta y no me hacían caso y yo gritaba [...] Espere como 30 minutos yo gritando y ellos no me hacían caso y yo hartito dolor>> <<Yo estaba gritando y ellos ahí en la puerta y mi pierna no se podía mover pero nadie me hizo caso>> (JOAVC7)

Otra de las mujeres entrevistadas, comenta el caso de su prima MABS a la hora de estar en trabajo de parto, cuenta lo que ella le contó situación que es bastante similar al caso anterior, donde MABS tenía mucho dolor y de igual forma los enfermos estaban jugando “naipes”:

<<Pero no mucho caso nos hacen los doctores allá, dijo. Uno con el grande dolor, uno ahí quejando, ahí con dolor y no ayudan las enfermeras. Y ellos apenas jugando naipes, dijo. Yo me daban ganas de regañarlos>> (ODIERC11)

En el caso de MABS de 19 años, la negligencia médica causó daños irreversibles en su matriz; ella indica que luego de las semanas de su parto tuvo una infección vaginal, se dirigió al hospital y se dieron cuenta que parte de la placenta había quedado dentro de su matriz. Según lo narrado por ODIERC, la infección era bastante fuerte lo que hizo que le quitaran la matriz:

<< A ella no la atendieron bien, le dejaron la placenta adentro. Ya después que se fijaron que dejaron la matriz adentro, de una vez le sacaron la matriz >> (ODIERC11)

MABS explica su caso y menciona que mientras ella se encontraba en labor de parto, los enfermeros se encontraban escuchando música y jugando:

<<Es que cuando yo llegué él como que tenía prisa, estaba jugando naipes. Y luego él quería que rapidito naciera mi nena ¿Y cómo iba a poder yo? Él quería que la tuviera luego. Cuando llegué él estaba jugando con sus amigos, con dos enfermeros más y otro muchacho más que saber si era enfermero>> [...] Luego él me llevó a la sala de partos, me atendió y nació la niña, luego se salió, y ya no vio quién sacó la placenta, y lo dejó. Él como que tenía prisa, yo con el dolor y ellos escuchando música estaban>> (MABS).

Esto indica que además de la alta negligencia médica, en este tipo de casos, hacen que las mujeres sean responsables de sí mismas, y al apresurar el proceso trabajo de parto, las

exponen a tener riesgos mayores. En otro caso parecido, FLOC17 menciona que ella al estar “sanando” (a la hora del parto) la dejaron sola con el dolor, y nadie la ayudó al momento de empujar, ella menciona que no recibió atención en el momento en el que estaba dando a luz. Por eso, ella cree que es mejor tener a sus hijos en la casa que ir al hospital, porque allá no la atienden bien:

<<Yo les dije que tenía harto dolor y entrando ahí me pusieron suero y me dejaron sola ahí, sola estaba ahí batallando con el dolor, me dejarían una media hora y ya estaba yo sola>> (FLOC17)

Parecido al episodio anterior, es el caso de la hija de una de las comadronas de El Rodeo, quién a pesar de encontrarse en el CAIMI, tuvo a su bebé sola. A la hora de poner fuerza no tuvo ayuda de ninguno de los médicos ni de alguna enfermera, comenta la madre que llegaban a verla por momentos; el doctor le decía que aún faltaba. Su hija le explicó a su mamá que la trataron mal porque la dejaron sola, y a la hora de dar a luz ella no tuvo ningún tipo de ayuda. Después del parto, pasaron quince minutos hasta que llegaron a atenderla a ella y a su bebé, explica que no tuvo tiempo para avisarles y que no sabía dónde estaba el doctor, indicando que estaba completamente sola, sin ningún tipo de atención:

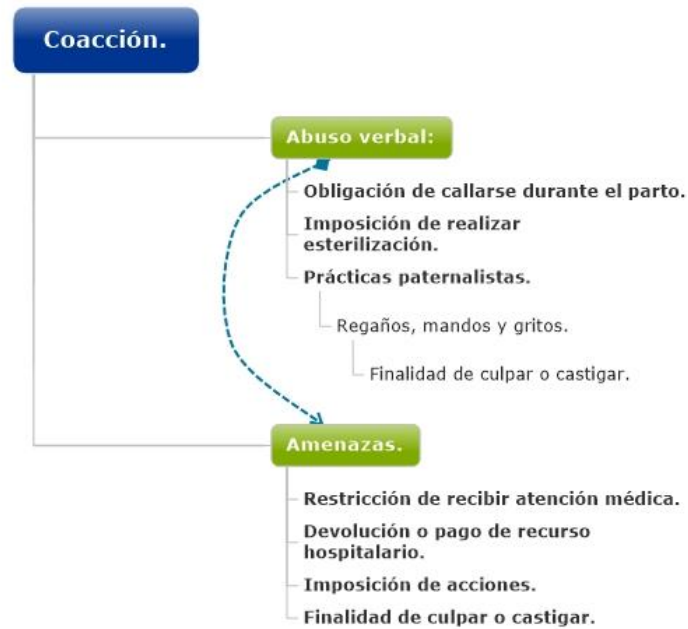
<<Viera usted mami, me dijo [su hija le contó]. Viera como se portaron los enfermeros. Hay me cuidaban pero por ratos y yo sentía que ya venía, yo ya sentía. Me dejaron y se fueron. Yo puse fuerza... Y le pregunté que si alguien la ayudó [le preguntó ella a su hija]: solamente yo mami. Yo ya no aguantaba le decía al doctor. Y el doctor le decía que aún le faltaba. Puse fuerza... ella sola. Y cuando nació, fijese pero el niño estaba en esa agua... “¿Por qué no gritaste?” le dije. Ella me dijo que no sabía dónde estaba el doctor. Luego llegaron como a los quince minutos las enfermeras y el niño estuvo ahí [En el líquido de la placenta]. Ella dijo que no les pudo avisar>> COMAJ

### C. Imposición y coacción, “quieren a la fuerza”

El control o la coacción, es una manifestación de imposición al obligar a realizar u omitir cierta conducta o acción, ya sea en algún momento de la atención médica o en el momento del parto. En la investigación surgen de los casos momentos en los que se impone a las pacientes a ciertas condiciones y la mayoría de tiempo se realiza por medio de la violencia verbal.

En una de las formas de coacción, las mujeres se han descrito en una circunstancia donde el médico o la enfermera ordenan a la paciente a que realice procedimientos no normados dentro del sistema de salud, por ejemplo, que paguen o den recursos al hospital. Algunos casos demostraron que enfermeras o doctores se aprovechan de las pacientes por medio de su poder y autoridad, llegando a hacer que la paciente realice “devoluciones” de recursos utilizados. Las experiencias y las descripciones de las usuarias hacen notar que el entregar ciertos materiales ya es visto como algo natural; es solo un procedimiento más por hacer y no se percibe como algo malo o algo que no está a su cargo.

Figura 5: Esquema sobre imposición de procedimientos y limitación de la autonomía.



Fuente: Elaboración propia.

Muy pocas mujeres mencionaron que luego de la atención médica debieron pagar por algún medicamento. Sin embargo estos procedimientos sí han ocurrido. Comparado a lo anterior, con mayor frecuencia se menciona que sus familiares deben de reponer recursos, tal como pañales (para ella o para el bebé) y la ropa del bebé. Uno de estos casos, fue comentado por DFLOC, quien tuvo que devolver algunos pañales y cloro, ella como otras mujeres no están de acuerdo en hacer estas devoluciones, sin embargo, se ve como algo normal.

<< Yo a esas enfermeras va de pedirle pastillas por ese frío y para el dolor de cabeza ya si me daban y para el pañal, porque mucha hemorragia me baja. Ya cuando salí hicieron cuenta para los pañales. Pagué pues, se paga se van a dejar 2 y un litro de cloro, se paga los pañales que habíamos usado, nomás van a dejar los pañales, pañales nos dan, pañales vamos a dejar de una vez. >> (DFLOC17).

Este tipo de procedimientos se ven como algo normal, porque casi a todas les toca reponer pañales, la ropa del bebé o el cloro. A comparación de estos procedimientos, solo en un caso se mencionó que debieron pagar por recursos no utilizados. En este caso se manifestó maltrato hacia la paciente y sus familiares, bajo amenazas y condiciones. MARC, tiene siete

hijos, a dos de ellos los tuvo en el hospital, cuenta que a sus cinco hijos los ha tenido en casa, a veces sola o a veces con la comadrona. Con su penúltimo hijo ella se dirigió al CAIMI para tener el parto.

Al llegar tuvo a su bebé, pero luego la querían remitir al hospital de Huehuetenango. Ella comenta que le querían cobrar dos bancos de sangre que según ella no había utilizado. Cuenta que una su hermana llegó y se ofreció para dar sangre, pero de igual forma no utilizó el banco de sangre dado por su hermana. También fue víctima de regaños y de amenazas por las enfermeras. Su esposo había tomado algo, dice ella que por la felicidad de tener un niño otra vez. La enfermera la criticó fuertemente diciéndole que para qué tienen niños si el esposo está borracho; la amenazó diciéndole que si el esposo no pagaba por los dos bancos de sangre y unas pastillas se la iban a llevar para Xela y que se iban a llevar al bebé. Ella con miedo sostuvo a su bebé y no lo soltó todo el tiempo. Al no llegar su esposo a tiempo, las enfermeras decidieron remitirla para el hospital general de Huehuetenango. Al llegar los médicos le preguntaron al chofer de la ambulancia de que por qué la habían llevado si ella ya estaba estable. MARC dice que tuvieron que pagar pasaje para su esposo y hermana y papá para ir hasta Huehuetenango y de regreso hasta su aldea:

<< Solo donde me regañaron pues aquí en el hospital en el CAIMI con el otro chamaco (C18) Aquí si me regañaron me dijeron así: ¿Y el papá?... borracho. Solo para hacer hijos son buenos así me dijeron. Mire pues no es un responsable papá ustedes solo para hacer hijos son buenos me dijeron las enfermeras ahí. "Si no viene su esposo con el dinero la vamos a mandar a Xela" así me dijeron, no sé a dónde me iban a remitir. Lo voy a quitar el bebé me dijeron. Le agarré yo mi nene, yo bien agarrado lo tenía y me senté, le agarré a mi nene así, yo no lo soltaba. >> (MARC18).

MARC se encontraba en una posición vulnerable, donde los servidores de salud se aprovecharon de su condición, y al amenazarla, la autodeterminación de la paciente fue restringida al ponerla en una condición de control y vigilancia. En el suceso se presenta una fuerte amenaza, y también se burlan de su condición "solo para hacer hijos son buenos". Lo que muestra un procedimiento de pago o retribución donde ponen carga a la paciente mientras son agredidas verbalmente. MAR sufre de presión alta, y al estar en una situación como está, hizo que su presión subiera, sin embargo, como comenta ella fue por culpa de las enfermeras quiénes la hicieron sentir mal bajo las amenazas que le hicieron:

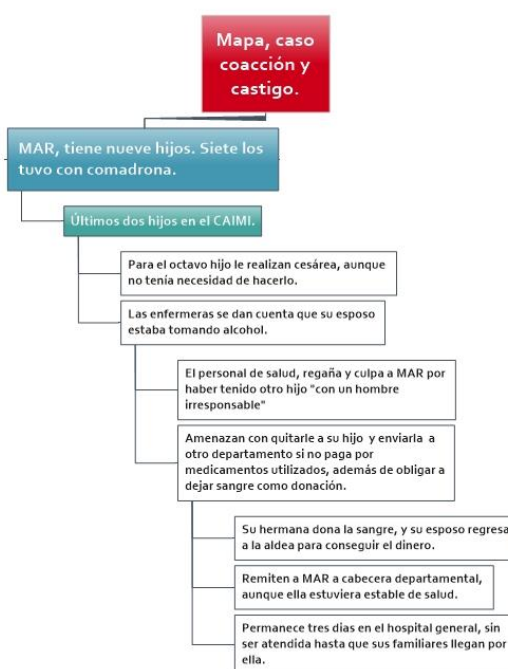
<< Yo abrazado llevaba a mi nene no lo dejaba a mi nene, "¿Y ahora cuándo va a traer el dinero?" dijo así. Le dije yo que no tuviera pena y que para qué quieren el dinero dije pues. ¿O así pagado me van a hacer la cortada? Le dije yo a ella. Me empezaron a tomar mi presión, y ya mi presión estaba alta, entonces la muchacha que estaba ahí dijo que como ya se me había subido la presión me iban a mandar para Huehuetenango. Pero ellas mismas las enfermeras fueron las que me alteraron pues, por eso se subió la presión. La mala fue la que me dijo que me iban a remitir para Xela o me iban a quitar el bebé dijeron" "Busquen a una persona que vaya a donar sangre. Y para qué sangre digo yo>> (MARC18).

ISA, el esposo de MAR, comenta que tuvo que pagar 360 quetzales por unas pastillas, y menciona que le iban a cobrar algo más pero él ya no tenía más dinero. Por la falta de dinero el regresó a su aldea a pedir prestado, porque le dijeron que lo querían rápido. Mientras tanto MAR ya se encontraba en camino hacia el hospital general, donde permaneció tres días esperando a que su esposo llegara por ella:

<< [¿Y por qué le estaban cobrando?] No sé por la sangre que le iban a poner pero ya no le pusieron >> (DISAC18) <<Pero yo no perdí nada de sangre, nada, nada. No me pusieron tan siquiera una unidad de sangre, nada, nada. Namás querían chingar las enfermeras, creo. Ya cuando ya él llegó a las 7:00 pm yo ya estaba allá en Huehue, ya cuando yo los llamé para acá yo ya estaba allá >> (MARC18)

Luego, explica su esposo: << Entonces al otro día me fui de madrugada. Hasta allá a las 8:00 am llegué. Si me estaban cobrando como 360 quetzales parece por unas pastillas que le pusieron ahí en el laboratorio. Eso lo pagué, eso lo pagué yo. Ya lo demás ya no quise pagarlo yo porque ya no había más dinero. Entonces fui a prestar dinero yo. “Yo quiero rápido dijeron” eso ya está difícil que fuera rápido dije yo. Su esposa complementa: (DISAC18) << En Huehue no más me examinaron que la presión ya estaba baja y le dijeron al chofer de la ambulancia que para qué trajeron a la señora si la señora ya está a salvo con su bebé y para qué lo trajeron pues no sé dijo aquí está la papelería, creo que por chingar lo hicieron, un chanchullo. Y me cambiaron de ropa, la ropa que yo llevé de aquí del hospital del CAIMI, eso lo trajo el chofer de la ambulancia. Pero al niño no lo iban a recibir allá en el hospital de Huehuetenango por que dijeron que el niño ya está salvado para qué lo trajeron. A la señora la hubieran remitido para su casa, dijo. Y yo ahí estuve tirada unos tres días parece y no me dieron ni una pastilla ni nada, nada. Por gusto estuve ahí pues. Es que lo que quieren es que uno gaste dinero >> (MARC18)

Figura 6: Mapa de caso sobre experiencia de coacción y castigo.



Fuente: Elaboración propia.

En términos generales, en este caso se demuestra que la coacción tiene la finalidad de culpabilizar y de castigar a la paciente, creando presión sobre ella y sus familiares, sus intenciones se dirigen en crear circunstancias negativas para ella. Este tipo de acción se ha caracterizado por querer poner carga al paciente.

Por otro lado, otros casos explican otro tipo de condición a los usuarios. Se ha rescatado dos casos donde se imposibilita el regreso al hospital, con la excusa de no haberse quedado más tiempo en el hospital, aunque los servidores sepan que no pueden quedarse más tiempo por falta de dinero. De nuevo se repite la amenaza, se apela al miedo y hay un propósito de dañar o castigar. En estos casos se impone a través de la autoridad y se restringe el derecho a recibir atención médica.

En este episodio SEGRI cuenta el caso de su hija ocurrido en el 2007. Era la primera vez que tenía un hijo en el hospital. Comenta que la tuvieron días antes en la casa materna, y después del parto también la tuvieron ahí, calcula que en total, estuvieron una semana en Cuilco y que habían gastado ya 1,200 quetzales. Él le dijo a la enfermera que debían irse ya porque no tenían más dinero para pagar la estadía y la comida. La enfermera le dijo que si sacaban al bebé

que ya no iban a atenderlos más, luego apuntaron el nombre del niño para que no fuera atendido nuevamente:

<< Cuando nació mi nieto. Fui con una mi hija. Nos trataron mal. Dijo la enfermera que si sacábamos a mi nieto ya no eran responsables de él. Hijuela – le dije yo ya no tengo más dinero para comer. Atendido de una vez ya no tienen más derecho de regresar. Es que ella dijo para que nos quedáramos más. Ya tenían ocho días ahí. Yo fui a gastar Q. 1,200.00 de tanto estar ahí. Ya tiene como 6 años desde que pasó. Ya apuntaron que no podíamos regresar y apuntado el niño para que no lo atiendan, me dio la enfermera. Siempre hay maltrato. Pues ahorita ya dos veces con mi nuera y mi hija. Entonces realmente es cierto porque me pasó a los dos >> (SERGRIC30).

Al igual que el caso anterior, MRA cuenta la vez que fue para la revisión de su niño que actualmente ya tiene siete años. Ella tenía ocho meses cuando fue para el CAIMI porque tenía bastante dolor. Una doctora la revisó y le dijo que ya basta de tener tanto hijo, que sólo con tres, luego le estaban obligando a que se operara. Le dijeron que no se fuera porque ya iba a sanar y que se fuera para la Casa Materna. Ella les dijo que no podía porque tenía hijos más pequeños y debía regresar. Ahí fue cuando la doctora le dijo que no regresara y que después iba a estar "chillando del dolor". "Ahí lo vas a aguantar, no vayas a estar chillando, no vengas a abrir la bocona". Menciona que ella tampoco tenía el dinero para quedarse ahí porque debía llevar su comida. Esa vez fue acompañada de una comadrona de Chiquigüil. Ella ya no regresó porque le dijeron de igual forma que ya no regresara:

<< Me dijeron usted no se va pase a la casa materna porque usted ya va a sanar. No le dije yo por mis hijos estaban chiquitos. Mejor me voy le dije. Que me iban a esperar hasta que yo tuviera dolor. Ya no quise yo y me vine. Me dijo que el bebé estaba atravesado, así que me dijo estate en la casa materna. Me dijeron que trajera dinero para mi comida. Yo me fui pero me dijeron que ya no me iban a recibir porque no quería yo estar en la casa materna. Me decían que faltaba. Yo no tenía dinero para pagar qué iba a estar haciendo yo ahí. El coraje de ellos fue que yo no acepté estar en la casa materna, yo no quise. Es que hay algunos que se sienten ofendidos >> (MRAC5).

“Obligación o mando”: pareciera ser que la violencia verbal explica la actitud completa de las enfermeras o del médico; sin embargo, tanto como la violencia verbal y la física están altamente relacionadas con otras actitudes o finalidades, y por lo tanto, como se explicó anteriormente las categorías no se encuentran de forma aislada una de la otra. Como resultado de la investigación, se comprende que el control o coacción, es acompañada por la violencia verbal y claramente es la intensión principal: demostrar poder sobre la paciente para que realice o no ciertas acciones.

Además de las actitudes de desprecio, las obligaciones o el mando son de los patrones que tienen más constancia. Tal como se representará en los próximos episodios: los regaños y los gritos son parte de esta finalidad, y como afirman las usuarias: “lo quieren a la fuerza”. Los

mandos más frecuentes son el hacer que las pacientes hagan un tipo de procedimiento a través del uso de gritos y regaños, tal es el caso FLOC17.

Regresando al caso de FLOC, durante la entrevista, inmediatamente menciona que no le agradó el hospital porque es muy frío. Comenta que no quiere regresar al hospital porque no la atendieron bien. Dice que cuando pedía por alguna pastilla para el dolor de cabeza no se la daban, ella gritaba y ni caso le hacían. Dice que hay enfermeros buena gente y otros malos. Cuando llegó al hospital, le hicieron el chequeo y le dijeron que faltaba 3 cm de dilatación, la pusieron en camilla, suero y la dejaron sola. Cuando tuvo a su hijo, no le gustaba que la fueran a tocar tanto y la forma en que lo hacían (por vía vaginal). Cuenta que le gritaron cuando tenía que ir a bañarse y la regañaron por tener tantos hijos. Cuando ella pedía ayuda para pararse no se la daban y le hablaban recio, la enfermera no le daba asistencia; parecido a este caso, tres casos más demuestran este tipo de agresiones verbales y psicológicas:

<< Esa mañana a las seis si me dijeron que fueran a bañarse que ya va a pasar los doctores para revisar, pasó diciendo una enfermera. Y como yo acababa de tener a mi hijo, hay dios... [Se refiere a que se estaba recuperando] Al otro día ya cuando me levanté a bañar; yo un gran frío tenía, ya no me levanté a bañar. Me dijo pues: ¡señora ayer sanaste ya es hora de levantarse a bañar en el baño hay agua!, dijo. Hay y como yo no podía, tenía dolor pues, lo sentía. ¡Acá no es sus casas dijo: ¡aquí váyanse a bañar! Bien malota, hizo carotas>> (FLOC17) CAIMI

<< Cámbiate la bata, ¿y cómo?, le dije yo. Yo con suero aquí en mi mano.

Y dijo: ¡Aquí está la bata, póngaselo! >> (GLOC2) HGH

<< Sí, sí lo vi, delicada era. Este... o sea contra de mí no. Sino contra de otra [Paciente] “sentate párate, ya es hora de que te levantes” y como la mujer como cesárea le hicieron apenas se levantaba, un ratito sentada. Como le dolía mucho. ¡Levántate porque ya conviene que te sientes ya! Eran creo yo regaño, así como amenazando pues, pues ella de plano se sintió mal. Mejor ella se levantaba y daba sus pasos>> (ELVC20)

<< A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levántate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover. Pues le decía (a la mamá) “¡levántelo señora lléveselo a bañar!” >> (ODIERC10)

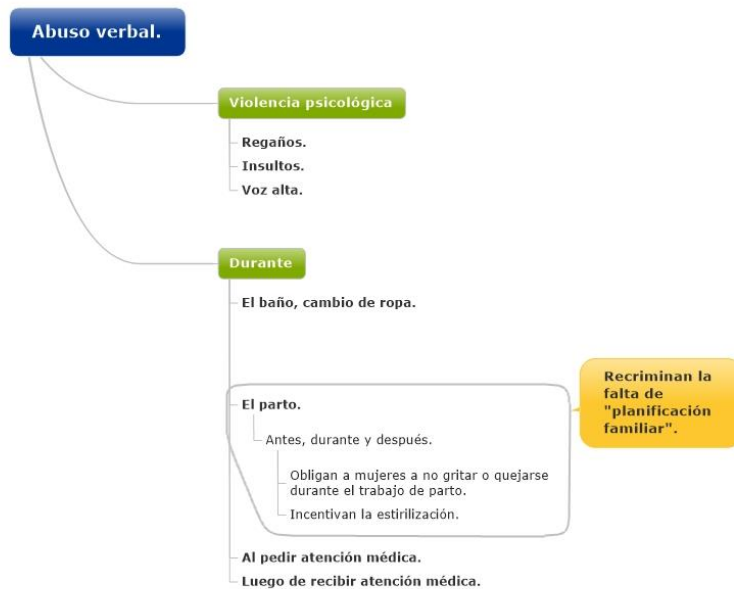
La obligación se expresa en otras formas de atender a las pacientes. Por ejemplo, por medio de la violencia verbal se limita a la paciente a gritar mientras tiene su parto o también hay una intención de obligar a las mujeres por medio de gritos o regaños a dejar de tener hijos, dichos episodios se verán a continuación en la sección C.

## D. Coacción y abuso verbal, “¡cómo regañan allá!”

Una de las formas en el que se presenta el maltrato, el desprecio y el control (o coacción), es de forma verbal. Muchas de las mujeres entrevistadas, tanto quienes describen la atención médica como buena o como mala, indican al menos un momento dentro de la atención médica donde el médico o la enfermera se han dirigido hacia las pacientes con voz alzada o “golpeada” y en ciertas ocasiones se emplean gritos durante el trato. El abuso verbal está presente en varias

formas de atención médica, ya sea, percibida por las usuarias como buena atención, descuido, amenazas o falta de atención. La violencia verbal se manifiesta por medio de regaños, insultos, uso de malas palabras, gritos y mandos.

Figura 7: Esquema sobre coacción y abuso verbal.



Fuente: Elaboración propia.

Los regaños suelen ser dichos, como mencionan las entrevistadas, con “voz golpeada” y con “bravura”. De las veces mencionadas, los médicos o enfermeras se molestan o incomodan de algunos detalles. Dentro de la investigación sobresalen rasgos particulares de comportamientos hacia el paciente y estos han sido: 1. Al momento de llegada (aunque sea antes de que termine el horario de atención), 2. Al momento de sanar (estar en labor de parto) 3. En el momento de conocer sobre cuántos hijos tienen, 4) Al momento de cambiarse, bañarse o apresurar algún procedimiento.

Al momento que llegan al puesto de salud: JLYC1, llevó a su hijo que estaba muy enfermo, tenía mucha calentura, faltaba media hora para que cerrara el puesto pero el enfermero a pesar de estar dentro de una hora de atención, se enojó con ella por la hora en la que llegó y la culpó por su situación. Eran las 3:30 PM cuando ella llegó al puesto. Al pedir ayuda al enfermero, él "la regañó" porque ella no llegó a la hora en la que atienden. JLYC1 se sintió mal porque él no quiso ayudarla además no le pudo ayudar con su problema, únicamente le dio un poco de jarabe. JLYC1 no volvió a regresar al Puesto de La Laguna y ahora se dirige hacia el Puesto del Rodeo. Ella menciona que no hizo nada malo porque los puestos los cierran a las 4:00 PM.

Según las informantes del grupo focal y el presidente de la comisión de salud, su obligación es atender en cualquier momento. Esta descripción ejemplifica la decisión de algunas mujeres al no querer regresar de nuevo para que atiendan al hijo o hija o a la consulta o “sanar” (dar a luz) en el hospital, JLYC1 menciona:

<< Si uno llega tarde se molestan porque están fuera de la hora... Cuando llegué estaba algo molesto, me dijo: usted sabe a qué hora deben estar aquí, a qué hora se atiende”. Dijo: Si usted va al Rodeo no la van a atender. Así uno se siente mal. me dijo: Me traen a los niños bien graves y quieren que yo los cure así inmediatamente, la medicina da resultado a los dos días; nosotros tenemos que hacer la cena, nos tenemos que bañar, tengo que lavar mi ropa...>> (JLYC1).

Ligado al caso anterior, en un grupo focal se observa también como al llegar a pedir atención médica, son tratadas de mal modo, les hablan pesado y no les explican por qué no pueden atenderlas:

<< Nos tratan como ellos quieren, si están de buen humor nos tratan bien, pero si están de mal humor nos tratan peor >> (AMR1).

<< Esa vez que me tocó en Cuilco no me trataron bien. Dijo la señora que ahora no estamos atendiendo hasta el lunes, sólo a mí, esa vez sí me sentí mal >> (AMR2).

<< Es más importante que nos traten bien porque con maltrato uno ya no va a la clínica, uno busca un lugar donde lo traten bien, uno busca donde lo vayan a tratar bien >> (AMR1).

Apresurar a la persona: En otros casos se mencionan regaños cuando se quiere apresurar a la persona a hacer algo. En estos casos hay una intención del médico o enfermera de hacerlas ver como tontas, lentas o inútiles, descalificándolas como personas quitándoles el derecho de recibir una atención adecuada. Una de ellas menciona que fue como una burla hacia ella. Apresuran con mandos y acentúan la obligación, de qué debe hacer y de qué modo. En uno de los casos se apresura a la paciente usando malas palabras e insultando a la persona, y señalan con “bravura” hacia ellas:

MATH cuenta que fue a vacunar a uno de sus hijos. Había mucha cola cuando llegó al centro de salud de La Laguna. En un momento se retiró para poder cambiar a su bebé y cuando regresó ya estaban atendiendo. Le preguntó al doctor si iban a vacunar ya a los bebés. Él la regañó y le gritó porque no estaba ella presente y la trato de mal modo:

<<En el momento que iban a vacunar llamaron a los que iban a vacunar, y como no escuché porque estaba cambiando a mi bebé; cuando regresé y estaba el doctor quien me atendió, le pregunté: ¿Será que a los que van a vacunar ya vamos a pasar? ¡Por qué no entienden! me dijo. ¡Ay señoras, es que uno les habla y no entienden! ¡Pásate pues, rápido! ¡Es que uno les habla y no entienden! Ay, me espanté de una vez>> (MATHC3).

GLO comenta que tenía riesgo de aborto por lo que la mandaron al Hospital de Huehuetenango desde Cuilco, ya que, tenía bastantes complicaciones y era un caso delicado. Menciona que hubo gritos y también uso de malas palabras hacia ella. Al llegar le pusieron

primero un suero, luego una de las enfermeras le habló fuerte y le dijo que se cambiara rápido. Ella no podía cambiarse porque el suero no la dejaba. La enfermera muy molesta le gritó que se apresurara utilizando malas palabras: “¡Putá madre, para qué chingados buscan marido si no se pueden quitar la bata!”. Otra de las enfermeras la defendió y luego la ayudó a cambiarse. Ella no le dijo nada a la enfermera:

<< Cámbiate la bata, ¿y cómo?, le dije yo. Yo con suero aquí en mi mano. Y dijo: ¡Aquí está la bata, póngaselo! Luego yo antes de que pudiera quitarme la bata, entró y dijo: ¡Putá madre, para qué chingados buscan marido si no se pueden quitar la bata! Eso fue lo que me dijo la enfermera>> (GLOC2).

En el caso de MABS, se menciona también que la “procuraban” o apresuraban para que tuviera a su bebé más rápido, es decir que durante su proceso de parto la sometían a presión y control, ilustra la falta de paciencia y respeto, términos utilizados para describir lo que ellas deseaban durante la atención médica, y también, el desagrado ante gritos o mandos para que tuviera a su bebé más rápido:

<<Me apresuraba (me procuraba) para que tuviera mi nena. Me decía que echara fuerza pero yo no podía: ¡Apúrese, apúrese señora!, así me decía. [¿Y te gritaba?] Sí. ¿Y cómo iba yo a procurar? [¿Y qué era eso para ti?] Creo que fue un maltrato. Es que deberían de tener más respeto y más paciencia. Porque uno con dolor y ellos ahí jugando. >> (MABSC11).

Al momento del parto: Dentro de los casos estudiados, aparece un caso bastante fuerte, que también como en los casos anteriores se muestra el detrimento y desvalorización de la persona. En este caso, DMRAC4 se dirigió al CAIMI de Cuilco, a una consulta para un chequeo normal del bebé. Este es uno de los casos como en otros, donde se denigra a la mujer por ser madre o tomar la decisión de tener otro hijo. En este caso aparecen formas de desvalorizar a la paciente a través de sarcasmos y burlas, hasta incluso fuertes insultos. Se da a notar que el médico menosprecia a la paciente al hacer referencia a su condición económica.

DMRA tenía una segunda cita de chequeo regular en el CAIMI, ya tenía siete meses de embarazo, era su cuarto hijo. Cuando llegó el doctor la pasó a su consultorio. Mientras la examinaba la empezó a regañar por tener tantos hijos. La insultó y le gritó, le dijo que parecía animal y qué necia que era. Ella no se quedó callada y le respondió que él no iba a pagar por sus hijos. El doctor le dijo que la vagina se “arrevesaba”, que si servían y les gustaba con el marido pero después iban a chillar del dolor. También le insinúo obligarla a operarse, ella le respondió que no quería y se salió del consultorio. Menciona que eran dos servidores, el doctor y una enfermera. Ella decidió no volver al hospital otra vez y tuvo a su hija en su casa. Al mencionarle la cantidad de hijos que tiene, el médico le “ordena” que deje de tener hijos y la insulta diciéndole que parece un animal:

<< Me preguntó que cuántos hijos tenía. Entonces le dije yo: cuatro con este. Y me dijo que yo era animal, que yo con tantos hijos. Y ¿cuándo pensás pararlo? De tener más. Y

yo le dije que hasta que me dijera mi Dios, así no más. ¡Animal! ¡¿Qué tanto pisto tenés vos?! ¿Sos grande rico acaso?>> Qué bonita madre sos vos, me dijo... nacen animales ustedes no sienten que se les revesa la vagina de tanto tener hijo, me dijo. Y le dije yo se arevesa como Dios me dijo. Si no me voy para Huehue. Y él rascaba su cabeza enojado." "Y me dijo: ¡cuántos niños pensás tener vos! y yo le dije, cuatro con este. ¡Hay señora son chillonas! ¡Se ponen alegres haciendo y después están chillando! ¡Aguántalo pues! >> (DMRAC4).

Figura 8: Primer caso de maltrato recibido por DMRA.



Fuente: Elaboración propia.

La segunda vez que DMRAC4 se dirigió al CAIMI sucede algo muy similar... “que no vaya a venir chillando”, “Ahí lo vas a aguantar (al bebé) y no vengas a abrir la bocona”, y le ordenan que se opere para ya no tener más hijos. Como menciona DMRA “lo que ellos no quieren es que uno vaya a criar” (DMRAC4), lo que se repite en otros casos, donde de forma particular las órdenes del médico o enfermera se dirigen para que dejen de tener hijos. A veces mencionan esto cuando están en el momento del parto aunque también en otros momentos en la atención médica:

Figura 9: Segunda experiencia de maltrato de María.



Fuente: Elaboración propia.

<< Con el nene me dijeron que no vaya venir chillando porque me querían operar. No más me dijeron pues. Ahí lo vas a aguantar, no vengas a abrir la bocona ¿Y cuántos hijos pensás tener después de este? Cuarto. ¡Qué estás pensando mujer cuídate! Solamente con estos tres hijos. ¿Y acaso me están ayudando a tener a mis hijos? [Les dijo ella a los doctores]. ¡Ah! ¡Ojalá si fueran mujer chingonaso para aguantar el bebé, no que chillando están!>> (DMRAC4).

Asimismo, sucede con otras usuarias, a quienes también las regañan por tener más hijos. Pareciera que este tipo de regaños es frecuente, los enfermeros o doctores suelen regañar con la intención de obligar a las mujeres a dejar de tener hijos. Algunas lo describen como una forma de burlarse de ellas, lo identifican como una ofensa, y que las hacen sentir mal por sus acciones: “Me sentí con esa palabra”, “yo me sentí mal porque ellos me dijeron así”, “me cayó un poquito mal, como burlándose...pues palabras que ofenden. Me cayó mal, mal porque son mis hechos”:

<<Me dijo las enfermeras de allá que ¡usted ya está bien señora, ya no siga teniendo hijos!, dijo ¡Usted tiene planificación!, me dijo la enfermera [...] [¿Y le dijo algo sobre los hijos que tenía?] Si pues, cuando me dijo señora todavía está tendiendo hijos siendo señora. Me dijo que de una vez me operara y que dejará de tener tanto hijo: “Tanto parir hijos”. Hay me sentí yo con esa palabra, si lo sentí.>> (FLOC17).

PSC cuenta que ha ido al hospital las dos veces que ha tenido a sus dos bebés. Tiene una niña que tiene cinco años y otro niño que va para los dos años. Menciona que la trataron bien en el hospital. Dice que a ella no la regañaron y tampoco la ofendieron. Dice que la trataron normal. A pesar de que dice que fue un servicio, sí menciona en uno de los casos un mal trato. Comenta que no las dejan gritar y que les dicen que no griten, en una forma moderada. Menciona que en el puesto de salud de El Rodeo se sintió ofendida porque le dijeron que dejara de tener hijos, la regañaron, y le cuestionaron que por qué se había embarazado luego, que la cesárea no iba a resistir, y sobre por qué a los dos años de tener un hijo llegan así de nuevo:

<< A veces nos dicen algo malo, si pues. Que ya no tenga hijos más luego y que por qué quiero tanto hijo, que ya basta con eso. Si pues. Aquí en el Rodeo, en el puesto. Que por qué tengo luego a los hijos... si pues. Como uno no puede. Dicen que uno puede así natural pero no se puede. Y así digamos con medicamentos o inyecciones o pastillas. A veces le dicen que no tengamos más hijos. ¿Y si uno quiere tener? Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos nos queden desnutridos >> << Así por eso si regañan. De qué por qué me había embarazado luego y que la cesárea no va a resistir. Yo me sentí mal porque ellos me dijeron así. Dicen, no llegan ni a los dos años y ya tienen otro. >> (PSC13).

<< [¿Y en la Laguna qué pasó?] Si ahí el enfermero es enojado. Me dijo “tanto tener hijo”, me dijo que enfermero. [Repite] ¡Tanto tener hijo! ¡Ya no conviene tener más! Ya no le respondí nada porque ya lo tenía a mi hijo aquí [señalando su abdomen] entonces ya no le dije nada. Lo que me dijo fue ¡¿Por qué está teniendo más hijos?, ya no va a tener más! me dijo. Pues si me cayó un poquito mal, como burlándose. Si pues porque el enfermero era regañón, pues palabras que ofenden. Me cayó mal, mal porque son mis hechos, dije yo. >> (ELVC20).

Al igual, DFRAC12 comenta por el caso de su nuera (REIC12), donde dice algo que muchas mujeres han mencionado: “las enfermeras o doctores no tienen paciencia” esto para ejemplificar el enojo de los médicos hacia las usuarias:

<<Dice que hay unos son bravos, regañan “para qué quieren tantos hijos” así le dijeron. (Tiene 28 años y tiene cuatro hijos, 3 varones y una niña.) Esas enfermeras a veces regañan y enojan. Los tres los tuvo ahí y uno acá en la casa. Tal vez cuando no nos regañan hay un buen servicio. Si nos regañan no nos atienden bien. Unos serán que no tienen paciencia. Yo me gustaría que tuvieran paciencia pero como no tienen paciencia>> (DFRAC12).

REIC12 comenta que al llegar al hospital la atendieron rápido. La pusieron a caminar y luego la atendieron cuando ya tenía bastante dolor. Dice que los que no atienden bien son los que regañan por tener hijos y además por gritar cuando se está en trabajo de parto. Menciona que algunos son buenos y hay otros que tratan mal, es decir que no son todos los enfermeros ni doctores. Menciona que cuando le gritaron nadie más estaba con ella, explica que ella cree que no atienden bien si las regañan, comenta que siente que es una burla hacia ellas y que también es demostración de desprecio:

<< Nos desprecian [...] Los que no atienden bien, regañan. Dicen “por qué se meten a tener hijos y luego vienen a chillar aquí”>> (REIC12).

Señala que cuando la regañaron estaba ella sola con la comadrona. En este caso como en otros, “ordenan” para que ellas aguanten el dolor y se burlan de su condición, colocándolas en una situación de castigo e intentando culpabilizarlas por tener otro hijo. Por medio de este tipo de casos, se expresa de nuevo el desprecio hacia la persona, como también una situación donde el médico desfavorece a la paciente y favorece al dolor:

<< Antes de tener el niño yo gritaba por el dolor así me dijeron: ¡¿Por qué se mete a tener hijos? después viene chillando aquí! eso me dijo. Y como uno está con dolor ya no pude yo contestar. ¿Acaso podemos aguantar el dolor? No se puede. Yo le dije que me duele. Me dijeron: “duele, pero aguántalo, no este gritando.” Pero si no aguanto, dije yo por el dolor. Ya cuando ya terminé... ya ahí la comadrona que me entregó dice que si regañó el doctor: “como si la estuvieran matando el doctor”, dijo la comadrona. [¿Y alguien más estaba en la sala?] Cuando me gritó sola ella estaba ahí, nadie más. Si todos fueran bravos ya nadie llegaría por eso solo son unos cuantos enfermeros. Cuando los regañan es igual a maltratar. [¿Y cómo siente que es ese trato?] Nos desprecian pues. Nos están maltratando y uno se siente mal pues cuando regañan, pues nos dicen unas cosas malas>> (REIC12).

ADRI tuvo a su primer hijo en el hospital. Sus contracciones aparecieron un día antes de sanar. Luego de la noche anterior, llegaron al CAIMI a las 10:00 am, donde a la hora nació su hijo. Junto con ella iba su esposo, padres y la comadrona. Dice que la aconsejaban y la ayudaban con medicamentos y que a la hora de dar a luz también le enseñaron como respirar. Aunque dice que la atendieron muy bien y que fue un buen servicio, cuando se le hizo la pregunta sobre si la trataron sin respeto, ella menciona que eso sí le sucedió. Dice que fue el doctor quién le dijo que se calmara y que dejara de gritar dos veces, a la hora que llegó al hospital y en el momento del parto, sintió que la trataron sin respeto que el trato no es igual que en la casa:

<< Porque ahí no van a decir; como hay que le van a decir como uno sana en la casa: con cuidado este, con cuidado al caminar o así pero allá no... Pero allá no, si tienes dolor, si uno está gritando “¡Cálmate!”, dice. “¡Cálmate, no con gritar se te va a quitar el dolor!” [Repite] ¡No con el grito se te quita el dolor!, dice [¿Y le gritan a uno?] Sí, si pues. [¿Y usted cuando estaba con dolor le dijeron eso?] Sí, si pues. Así me dijeron cuando anduve con dolor: ¡No esté gritando, no con el grito se le va a quitar el dolor!, [¿Quién le dijo eso?] Muy que llegué me atendió un doctor y luego una enfermera ya después llegó un doctor y dos enfermeras [quiénes le dijeron que dejara de gritar], entonces son los que estaban cuando yo sané>> (ADRIC16).

HDJ cuenta el suceso de su hija, a quien también callaron, el doctor señaló el dolor que tenía y su decisión de haber tenido otro bebé; y de una forma más violenta, también la culpabilizaron por “meterse con su marido”, “como es que lo haces con tu marido, ahora aguántalo”, aludiendo al acto de tener relaciones sexuales. En medio de las agresiones verbales, ella les decía que no podía porque le dolía mucho. Tal como señala una de la comadrona de El Rodeo, al contar lo que le pasó a su hija:

<< ¡Cállese!, dijo. ¡Hay pero cómo voy a hacer si tengo dolores, dice que decía ella. Bueno, ¡aguántalo! Unos dicen que dicen así: ¡Aguántalo, cómo es que lo haces con tú marido, ahí

como es como lo hiciste cuando estuviste con tu marido, pues! ¡Ahora si aguántalo! Dicen que dicen >> (HDJC27).

Como de la forma anterior, varias mujeres mencionan que en su caso a veces regañan para que dejen de gritar por el dolor durante el trabajo de parto, es decir que las coaccionan al impedir que su parto sea de una forma libre. Aunque algunas señalan que fue de una forma moderada, indican que a ellos [los doctores] no les gusta, y les dicen que dejen de hacerlo "porque peor sale":

ODIER relata que las enfermeras la llegaban a ver a cada rato. La atendieron muy bien. Le ponían las inyecciones y le daban medicamentos. Al día siguiente de su llegada al CAIMI de Cuilco la trasladaron al hospital general de Huehuetenango, ya que tenía riesgo de aborto. Tuvo un parto difícil, le hicieron una cesárea pero luego de un tiempo su hijo murió. Estuvo una semana en el hospital, cuenta que ella se sintió bien atendida y menciona que no la regañaron en ningún momento. Para entender qué le había pasado a su bebé, dice que explicaron por qué su bebé ya no pudo resistir; su corazón no funcionaba bien y no podía respirar de manera apropiada. Durante la entrevista, luego de un tiempo recuerda que durante su estadía en el CAIMI, la regañaron por gritar, que no se moviera que no dijera nada, si grita o mueve "peor le va a salir", menciona que a todas las gritaban las regañaban mucho:

<< A mí me trataban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... allá no, allá no les gusta. Allá en el CAIMI si nos ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si se va a mover más peor va a salir! Una enfermera nada más gritaba, ¡no se muevan que no grite! Yo igual con el dolor y todas las señoras ahí ya sanaron y las que gritaban, como las regañaban. "¿Qué quiere que yo haga?, si no puedo"...decía una. >> (ODIERC9).

HERM tiene ocho hijos, con dos de sus hijas menores fue al hospital. Antes de eso ella los tuvo sola o con la comadrona. Con una de sus dos hijas, tuvo complicaciones en su casa. Comenta que tuvo complicaciones y que no nacía su hija y por eso su esposo la quería llevar al hospital. Para esa vez ella llevaba varios chequeos en el puesto de El Rodeo y por eso esa vez no fue revisada por la comadrona. Ese mismo día salió a la 1:00 pm de su casa, llegó a las 3:00 pm al CAIMI y a las 5:00 pm nació su hija. Menciona que al llegar la enfermera la chequeo y le dijo que se hubiera ido de una vez para el CAIMI al tener los dolores, la pusieron a caminar y cuando ella ya no pudo más con el dolor, le pusieron inyección para aliviar el dolor. Afirma que allá en el CAIMI no regañan y que a cada rato la iban chequear para preguntarles si tenían dolor. Dice que no ha visto maltratos y que muchos dicen eso, "dicen que regañan pero a mí no". Al igual, cuando se le preguntó si las regañaban por gritar dijo que no, que a ella no le dijeron nada, pero al preguntar si les decían algo por quejarse, respondió que a una mujer que estaba

en la misma sala si la callaron, la regañaron y le gritaron fuerte para que dejara de gritar por el dolor:

Para la paciente “fue un escarmiento” estar en el hospital, además aclara HERM que la otra paciente le dijo que prefería morir en su casa a regresar al hospital. También recuerda que en su caso, una de las enfermeras le dijo que se callara, que no con gritar se le iba el dolor. A pesar de esa aclaración percibió que la atendieron bien y que considera que el servicio era bueno:

<< Ahora si la muchacha que estaba ahí si le dieron ¡Ah, tanto griterío, quién les manda! Eso me dijo esa mujer: “hay, quiénes me atendieron ayer viera” me dijo, era mi primer hijo es un escarmiento venir aquí... A ella si la regañaron. Entonces me preguntó a mí ¿y a usted no le dijeron nada? A mí no me dijeron nada, le dije yo. A quién los mandó a buscar marido, dice que le dijeron a esa mujer: si me muero en mi casa que me muera pero ya no vengo aquí. Ella dijo: “mejor me voy a ir”, pobre mujer [¿Y usted escuchó cuando le dijeron?] No, ella me dijo. “hay usted la tendieron bien pero a mí no, hay me dijeron que estaba gritando que quién las manda a buscar marido enfrente de ese doctor, hay no da vergüenza, no que con usted son buena gente, no a mí no me dijeron nada le dije...>> (HERMC31).

JC13 comenta lo mismo, solo que en este caso no le gritan ni alzan la voz, es decir que también las limitan a gritar a la hora del parto sin necesidad de un regaño o de un grito, y probablemente por esta razón no fue identificado como un maltrato, sino como algo normal, haciéndolo ver como algo necesario para que su dolor fuera menor:

<< Cuando gritaba si me decían que me calmara de qué por qué estaba gritando y de que ahí se me estaba acabando la fuerza. [¿Y de qué forma piensa que se lo decían?] Me lo decían medio amable no estaban regañando no estaban enojados, normal >> (JC13).

*Otro tipo de conflicto.* Una enfermera quiso silenciar a la paciente pero otra enfermera la defiende y cuestiona que “cómo no va a gritar”; como argumentan las mujeres usuarias de los servicios, “no todas las enfermeras son malas”, “unas son buenas y otras si son malotas” (FLOC22). Sumado a esta relación médico-paciente, en algunos casos sobresale la relación entre los mismos servidores de salud. Muy pocas veces se menciona la conflictividad entre los mismos servidores de salud, pero ésta existe y se hace notar. Como mencionan algunas de las mujeres <<se amenazan e insultan entre ellos pero uno piensa que es en contra de uno>> (MARC18).

Regresando a la experiencia vivida por HERM, comenta sobre la segunda vez que fue al hospital a tener a su hija más pequeña. En este caso afirma que si le dijeron que no con gritar se le iba a ir el dolor, y le dijo la enfermera que dejara de gritar y de quejarse. En este caso, HERM recordó más sobre la discusión entre las enfermeras y el hecho de que no la hayan dejado gritar por dolor, menciona:

<< Hay muchacha dijo, no grite usted, dijo acaso con gritar se le va a quitar el dolor, dijo. Y luego dijo la otra enfermera. Es que tu porque no tuviste (hijos) por eso estás diciendo así, dijo la otra enfermera. Eso duele dijo. Grita uno dijo, quién dice que no. Entre de ellas

dijeron. No has conocido si el dolor está tremendo. Tú no lo has visto, dijo. Entonces vete tú, la voy a atender yo. “Hay lo mismo”, dijo la otra la mala. Pero ya te vas a ir tú, ya vas a cambiar, dijo. Ya después ya no le hice caso a la enfermera ¡Da pena con usted así gritando. No va a sanar si está así gritando, así dijo. Así me dijo la enferma a mí. Cómo no va a gritar, por el dolor dijo. Cuando tú vas al baño... Si nos decían si no les duele tanto caminen. Camine usted, así más luego va a sanar si usted se va a sentar usted no se va a sanar. >> (HERMC31).

Estos casos indican que hay maltrato entre las enfermeras y entre los médicos y las enfermeras. Algunas pacientes mencionan que se amenazan entre ellos, pero que lo perciben como si fuera hacia ellas o “contra de ellas”:

<< Y se amenazaban doctores con las enfermeras “puta madre tu” decían. Así decían. Pues ya uno se sentía mal, creo que las amenazas eran entre ellos pero como yo estaba mal creí que a mí me están tirando, dije yo, así pensé yo que a mí me estaban tirando. [¿Y esa vez que fue, insultaron o gritaron a alguien?] Pues solo entre ellos “para qué te metés si no podés”, entre ellos pues. Como se juntaban entre de cuatro, cinco, así salía uno entraba otro quedaban así. Entre ellos se insultaban...>> (MARC18).

Los regaños son bastante frecuentes y suceden en otros momentos de la atención médica no solo a la hora de tratar con mujeres embarazadas o con niños. Se encontraron dos casos, donde culpan a la paciente, y tal como se indicó con anterioridad, se regaña “con bravura” y con “voz alzada”, tienen la intención de hacerlas sentir de menos o como tontas, las hacen sentir responsables de lo ocurrido sin interesarse en su historia o sobre lo que piensan, aquí se ilustran los casos de DINE y se retoma el caso de TINA, donde se encuentran abusos de poder, y se demuestra el paternalismo en la relación.

DINE, por ejemplo, cuenta sobre un día que fue mordida por un caballo, al no tener cómo ir tuvo que prestar un carro para ir al hospital de Cuilco. Cuenta que la atendieron bien, dice que esperó más de media hora para que la cocieran. La doctora no le dijo nada porque ella no podía hablar, solamente le preguntaron quién la llevó al hospital, su edad entre otros datos. Luego se fue, todo fue bastante rápido. Luego de un tiempo tuvo que regresar al hospital para que le quitaran los puntos, esa vez si comenta que la trataron mal porque el doctor le preguntó por el nombre de quién le hizo los puntos, al parecer se lo había hecho mal. Ella dijo que no sabía, y él respondió enojado y la regañó, le dijo que por qué no preguntan el nombre, que siempre debían preguntar por el nombre, le dijo: “Hay ¿cómo no se dio cuenta?” ¡Cómo! si no podía yo hablar, y el médico le responde: “como no siempre tienen que preguntar, ¡apúntelo en un papel el nombre!”. Ella le respondió que cómo quería que ella le preguntara si ella no podía hablar por la herida:

<< Ya cuando fui con lo de mis puntos para quitarlos, me preguntaron que quién me hizo los puntos. Una doctora le dije, y cómo se llama me preguntaron. La verdad es que saber, le dije. No sé yo no podía hablar. Hay dijo el otro doctor: ¡por qué no se dan cuenta quién le hizo la operación! ese si algo con bravura me habló. Sí, me regañó, era más bravo.

La señora o doctora que me costuró no me habló, las enfermeras me llevaron a la sala de operación y me sacaron. No me habló para nada porque como vio que yo no podía hablar. Solo el doctor cuando me quiso quitar los puntos: ¿quién la costuro...? Me dijo pues saber le dije yo. Hay ¿cómo no se dio cuenta? ¡Cómo! si no podía yo hablar, como no siempre tienen que preguntar, ¡apúntelo en un papel el nombre! Así dijo, ¿acaso yo estaba para eso? >> (DINEC24).

<< Tiene que aguantar porque ya está grandecita!, dijo: usted no es chiquita para no aguantar el dolor, tiene que aguantar, siéntese, y me examinó"- "También me dijo, así: que para qué se dejó con el perro, como dejó que la mordiera! usted se debería de cuidar ya está grande, no está chiquita! Pero mire le dije yo, yo traía a un niño, yo por defender al niño porque mi cuñada es delicada, si le mordía al niño a mí me iban a regañar le dije yo.. Hay sí dijo, ¡pero tiene que aguantar porque ni modo! Y lo aguaté pues, ya después me compré unas mis pastillas. ¿Por qué se dejó con el perro, usted debería de cuidar no está chiquita! Imagínese con tres perros le dije, usted también ponga de su parte. Imagínese con dos aquí y el otro por aquí... yo por defender al niño... y ella pa qué se dejó con el perro. Y ella ya no me dijo nada y yo tampoco le dije nada. ¡Usted tiene que saber si está vacunado, sino le va a dar rabia! Y tiene que venir a vacunarse!>> (TINAC25)

## E. Abusos, daños físicos y negligencia, “la lastimaron un poco ahí”

La violencia física no se expone por las usuarias como un patrón constante, no hacen mención de alguna situación donde ellas hayan visto maltrato físico hacia las pacientes o la hayan vivido por ellas mismas. Como se ha explicado anteriormente el maltrato está más ligado al desprecio, el control, el regaño y a los gritos. Sin embargo, durante la investigación de campo se encontró un caso de maltrato físico, que deriva de uno de los tipos más fuertes de negligencia médica encontrados. Este caso fue mencionado por una de las comadronas y también por el suegro de la paciente. Comentan que al estar en labor de parto los doctores querían que naciera pronto el bebé porque tenía complicaciones. Lamentablemente, la negligencia y la agresión causaron la muerte del bebé. Indican que los doctores se sentaron encima de su panza (de SMCO1), la comadrona menciona que con las rodillas “le hacían” para que el bebé se fuera para abajo, asimismo lo afirmó en otra ocasión el suegro.

Ese caso contiene todos los rasgos de los maltratos médicos encontrados en la investigación: desprecio, violencia física, violencia verbal, transmisión de responsabilidad, coacción y negligencia. En el CAIMI, tras haber lastimado al bebé fuertemente, les obligan a que vayan al Hospital General de Huehuetenango, que según SEGER fue de forma ofensiva: “¡Vete a Huehue!” responsabilizándolos del cuidado de la madre y del bebé. Llegando a Huehuetenango, de nuevo los doctores regañan, responsabilizan y culpabilizan a la mujer y a sus familiares por la “negligencia” suya de no haber llegado antes “¡¿Por qué no se vinieron luego?!” sin tomar consideraciones sobre la atención médica posterior en el CAIMI:

<< Viera que yo llevé a una mi nuera allá a Cuilco ahí no le hicieron caso, estuvo ahí dos días. Entonces llegando a Huehuetenango nació el bebé muerto... Porque lo lastimaron

un poco ahí... Fíjese que me contaron que se sentaban en su pansa para que el niño se fuera para abajo. >> (SEGERC6).

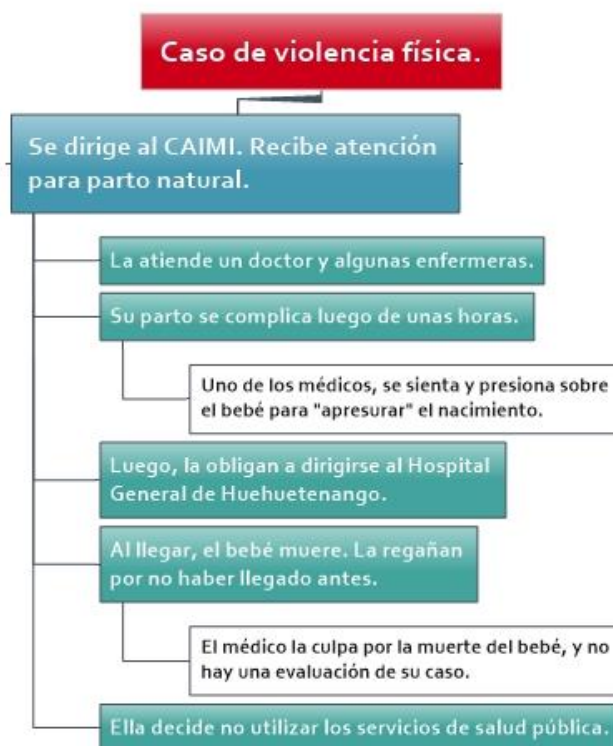
<< Así me contaron pues, que se pusieron encima de ella y con las rodillas le hacían así [presionando su parte abdominal], pero así fuerte para que se fuera para abajo. ¡Y qué, si muerto nació el niño!, ¡dice que así le hacían ve! ¡Hay no! Y le pregunté si sabía el nombre del quien la atendió, y dice ella que no sabía. >> (CMJC6).

<< Los doctores en Cuilco, ahí regañan mucho y cuando el niño está algo no normal “¡vete a Huehue!”. Lastiman, ofenden, duele, porque somos humanos uno se siente muy mal.

El doctor, dice [la nuera] que se montaba para que naciera para que fuera para abajo. Por eso el doctor de Huehue la regañó. Casos muy malos. Como le digo no todos son así...

Entonces dijo el Doctor, ¿por qué no de largo te viniste? El niño no hubiera muerto. Por eso allá en Huehuetenango lo tratan algo mal porque no tienen paciencia. Uno debe de tener paciencia con su paciente. >> (SEGERC6).

Figura 10: Mapa de caso sobre violencia física.



Fuente: Elaboración propia.

## F. Naturalización del maltrato, “nos consideran”

Durante la investigación emerge paralelo a los casos de maltrato, cinco casos que son percibidos como buen trato, y además, vale mencionar que en algunos grupos focales las

mujeres señalaron que era un buen trato el que recibían del personal médico. De estos casos, las entrevistadas afirmaron que tuvieron una buena atención médica, mencionan que desde que llegaron hasta que se fueron no recibieron ningún tipo de maltrato, incluyendo regañones, gritos o insultos. Para algunos casos se anula el hecho de ser coaccionadas por las enfermeras o doctores al no dejarlas gritar durante la labor de parto, por ejemplo.

Tal como señalaron las mujeres durante los grupos focales, muchas afirmaron tener un buen servicio. El nombre de la categoría se debe a que muchas mujeres mencionan “que las consideraron” o “nos consideran” al explicar que tanto enfermeras como los doctores fueron amables con ellas. La designación de un buen trato por parte de las usuarias, se debe puntualmente cuando 1. Las ayudaron al necesitarlo y sin pedirlo, 2. Les preguntan cómo se sienten, 3. Les dan algún consejo y tienen paciencia con ellas, 4. Demuestran cuidado, 5. “Las están viendo”, y 6. “Las consuelan”. Algunas mencionan de forma especial, al “consolarlas” o ayudarlas, demuestran que las valoran.

Sin embargo, a pesar de que algunas mujeres no mencionaron ningún tipo de violencia o negligencia, son contadas las mujeres que relatan una atención positiva durante toda la atención médica, de principio a fin; además, cabe mencionar que algunas de las mujeres que relataron un caso de buen trato tuvieron otras experiencias médicas donde vivieron algún tipo de maltrato, o conocen a alguien que haya vivido una experiencia de malos tratos y negligencia. Al estudiar los casos con más precisión, sobresalen actitudes que corresponden a las categorías de maltrato ya mencionadas.

Aunque se señalaron pocas veces, el buen trato está presente en algunos de los casos donde usualmente alguna enfermera les pregunta cómo se sienten, si tienen algún dolor y además hay interlocución e interés por conversar con ellas. Algunas mencionaron que eran enfermeras conocidas o que pertenecen a la localidad de donde provienen:

<< Me llegaban a hablar las enfermeras cuando me llegaban a dar mi pastilla, me levantaban, como yo dormida estaba me hablaban me decían: tómese su pastilla... levántese a tomar su medicina y siempre me preguntaban cómo estaba, cómo me sentía. Y yo le decía que ahí bien más o menos, buenas enfermeras [...] Yo sentí que me trataron bien allá en Huehue. Ellas como cambiaban las camas me decían: levántese, y si no puede aunque sea arrastrándose, decían. Si bien amables. Una enfermera aquí en Cuilco vive, y trabaja allá en Huehuetenango, ella dice: yo conozco Oaxaqueño y El Rodeo >> (ODIERC8).

<<Saber por qué será porque me trataron bien. Muchos dicen que los doctores son malos pero yo no. Regañan saber por qué a mí no. Pues así me ha pasado a mí. En Huehue también me atendieron bien. Desde antes de que me sacaran a mi bebé me estuvieron mirando, así examinando digamos. Esa misma noche me llegaron a ver, dos médicos me atendieron y las enfermeras ¿acaso se van? Ahí están dando vuelta y vuelta. Lo llegan a ver a uno [...] Lo que me hicieron fue ponerme suero, me pusieron en la camilla me estuvieron mirando pues, poniendo inyecciones... >> (ODIERC9).

<<Me trataron con cuidado todo, todo bien si pues. Todo estuvo bueno. Llegué un día domingo. El día lunes ya me atendieron cuando llegaron los doctores. El domingo no se pudo

porque no había nadie. Me pusieron suero. Allá lo atienden bien en el hospitalito CAIMI. Me fueron a revisar, me pusieron suero. Al otro día ya me llegaron a atender. Ellas llegan a vernos en la noche [las enfermeras]. Como era de noche nos llegaban a ver. Todavía no había despertado por la anestesia, ellas me llegaban a ver. Me preguntaban cómo estaba y cómo me sentía si sentía más recio el dolor me daban pastillas para que se me quitara. Al buen rato como a las ocho me dijeron que ya estaba bien y que ahora nada más frutas y agua pura va a tomar, me dijeron.>> (SMCPC14).

SMCP comentó que la consolaban, que la ayudaron a la hora del parto con la respiración y la aconsejaron. Ella considera que tuvo un buen servicio, sin embargo se identifica uno de los buenos tratos “para que no se queje” poniendo como excusa que es malo hacer fuerza cuando aún no se está lista para el parto. A pesar de la ayuda y del cuidado recibido, el no dejarla quejarse o gritar por el dolor, responde al control y mandos presentados en la categoría de “coacción”:

<<Me atendieron bien en el parto, porque dicen muchos que regañan, que cuando están gritando, muchos que regañan los doctores. En cambio allá no, ahí las enfermeras me consolaban. Me consolaban pues, cuando yo ya iba a sanar me decían que usted ya no tarda que va a sanar y yo ya como tenía pocos días de dolor. Ellas me decían que no que ya es menos lo que me falta, que ya para el rato de media hora usted ya va a estar sana con su niño. Ya uno con ese dolor uno. La doctora decía que no pusiera tanta fuerza, pero uno cuando está con el dolor uno pone fuerza. Me decía usted no más respire profundo, decía, nada de poner fuerza porque todavía no ha llegado y si va a poner fuerza va a usted ya a la hora de ser el momento del mero parto ya usted no va a tener fuerza. A mí no más me dijeron que no más respirara con la nariz y no con la boca. [¿Le enseñaron cómo?] Si me enseñaron cómo, usted respire solo con la nariz y profundo, y que nada de poner fuerza y nada de quejar... hay pero con ese gran dolor. ¡Ay!.. Así me dijo la doctora nada de estar quejando porque si uno queja es igual a que usted estuviera poniendo una fuerza. >> (SMCPC14).

<<No sé si con todas, muchos dicen que hay enfermeras que regañan. Cuando fui a sanar con mi nene fui a Huehuetenango, bien buena gente la doctora. La enfermera se quedó toda la noche y estaba platicando. ..Ya no me recuerdo qué me decía>> (SMCPC15).

En dos casos distintos, ELV y ADRI, relatan una de sus experiencias de atención médica donde las trataron bien y con paciencia. Pero de forma contraria, como se citó en otras categorías de maltrato, ELV y ADRI afirmaron que en otra de las atenciones médicas recibidas, vivieron una experiencia de maltrato ambas de violencia verbal y ELV recibió amenazas por parte del personal de salud. A pesar de ello, estas descripciones corresponden a lo que ellas han considerado como una buena atención y buen trato médico, resaltan que le hablaron y le enseñaron a respirar, que le hablaron calmado, aconsejaron y cuidaron del bebé. Pareciera que estas buenas manifestaciones anulan o difuminan las otras malas experiencias médicas.

<<Lo único que me dijo el doctor es que ya mero va a sanar y pone usted su fuerza y enseñó a respirar, “suspira fuerte” y así dijo la enfermera también. Cuando lo tuve me fueron a tirar al otro cuarto ahí y me fueron a acostar, entonces me dijo ya se puede levantar váyase a bañar. Si tiene dolor avisa y le vamos a dar pastillas. Nos atendían bien. Nos miraban a cada rato cuando lloraban. Si el bebé estaba cambiado o mojado. Ya en la noche lo cuidaban

al bebé. Y cuando estaba llorando en la noche nos lo llevaban para que les diéramos de mamar. Si" "Pues se siente uno bien yendo al hospital" De día nos cuidaba un doctor y de noche a una enfermera. En la noche miraban cómo estaban los niños denle de qué mamar. Ya la que estaba operaba lo abrazaba, lo ayudaba a sentarse a la otra... la que tenía suero. Dos veces parece que se le reventó el suero... era buena la enfermera y el doctor también.

>> (ADRIC16).

<<Este cuando ya iba a nacer mi bebé me decían compóngase bien, amables las palabras veía yo. Porque me atendieron bien. No me regañaron no me dijeron nada. Me iban a revisar pues como ya estaba el bebé ya. Me decían Mamita me decían, no tenga usted pena mamita me decían. Y ellas ya tienen más amabilidad con sus pacientes. Como estaba el doctor contra de mí. No tenga usted pena me decía. Me ayudaba la enfermera aquí (señalando a su estómago). Ellos me atendieron bien, me cambiaron nomás nació este mi bebé. Me cambiaron como dos veces y a mí bebé también. Si pues me atendieron bien. Si fue con hablados no alzadas, sino que despacio, con paciencia. "Le toca ingreso hoy váyase a bañar". >> (ELVC20).

<<Cada rato entraban a chequear. ¿Hay dolor? Me decían las enfermeras. Ustedes no van a aguantar. Si hay dolor hablen, porque hay muchas que se aguantan su dolor y así por eso mueren. Si pues ustedes no tengan pena por eso estamos. Muchos dicen que maltratan pero yo no he visto. Dicen varios que regañan pero a mí no me regañaron, yo no he visto. >> (HERMC21).

Es de resaltar en este caso que HERM termina afirmando que una de sus compañeras de cuarto la maltrataron y que a ella también la regañaron cuando se quejaba del dolor. Sin embargo, como se señaló anteriormente, los momentos de buen trato dados por el personal, dieron una buena impresión a HERM sobre su atención:

Figura 11: Naturalización del maltrato, "nos consideran".



Fuente: Elaboración propia.

En general, las mujeres tienen dificultad de utilizar los servicios con regularidad. Existe poca familiaridad con los servicios de salud, si bien ha empezado a incrementar su uso, algunas mujeres incluso prefieren tener a sus hijos en casa solas o con la atención privada de una comadrona. Esto se debe a las dificultades para acceder a los servicios de salud pública en el centro municipal, debido a la falta de recurso económico, inconveniencia geográfica y de transporte. Muy pocas mujeres conocen los servicios de salud pública diferentes a los de Cuilco, por ejemplo, la cercanía con México ha permitido tener referencia a la atención hospitalaria totalmente gratuita.

Además de las limitaciones físicas y económicas, algunas mujeres mostraron rechazo a los servicios de salud por la deshumanización en el trato. Las principales características encontradas de maltrato en los servicios de salud fueron: 1) Mostrar indiferencia y rechazo; 2) coacción; y 3) negligencia. Aunque hay mujeres que aceptan la “consideración” de algunos servidores públicos al brindar la atención, se expresan en sus relatos contradicciones con tratos humanizados. Naturalmente, esta característica se presenta en varios de los casos, donde las mujeres no identifican las prácticas de maltrato. Esto puede deberse a la poca familiaridad con los servicios y a la normalización de estas prácticas. Se identificó que los tratos deshumanizantes son vías para culpar, acusar, castigar y denigrar a las pacientes. Estas son intencionadas en gritos, insultos, regaños, burlas, indiferencia e incluso daño físico. Todas estas expresiones son legitimadas por el poder compartido de los servidores que trasgreden reglamentos y normas internas de la institución.

El uso de poder se encuentra en cada uno de los tratos deshumanizantes en la atención. Sin embargo, específicamente la coacción impone procedimientos y con frecuencia usa amenazas. El uso de insultos, gritos y regaños es frecuente; y durante el parto, es común que no les permitan gritar por el dolor y se aprovecha para denigrar su maternidad, y su vida sexual y reproductiva, tratar de obligar a las pacientes a operarse para no permitirles ser fértiles.

La negligencia, por otro lado, tiene la intención de castigar a la paciente, ya sea porque haya gritado o no quiera hacer algún procedimiento. Así como otras malas prácticas, la negligencia también se ha naturalizado, es normal dejar a las pacientes solas al tener dolores o al momento del parto, que puede conllevar a riesgos mayores. Asimismo, se expresa en la falta de consentimiento informado, tanto de medicamentos, inyecciones y procedimientos. La naturalización del maltrato señala, como ya se ha mencionado, el poder del servidor de trascender las normas institucionales pero también las grandes deficiencias institucionales en informar sobre los derechos en salud.

La naturalización del maltrato no solo parece ser normal a los ojos de algunas mujeres. Los servidores públicos son los que mayormente permiten la naturalización del maltrato. Al momento de replicar violencia contra los usuarios, los servidores de salud reafirman su posición

de poder sobre los otros y asimismo, permiten la socialización y legitimación del abuso de poder y la violencia dentro de los servicios de salud.

## V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El maltrato y la discriminación en los servicios de salud no han sido temas comunes en la agenda investigativa. No es hasta hace un par de décadas que investigaciones sobre el tema permiten aclarar el panorama mundial sobre la situación en la atención en los servicios de salud. Dichas investigaciones confirman que la precariedad en la atención en los servicios de salud no se limita a la ausencia de insumos hospitalarios. Se ha demostrado que la discriminación y el maltrato son una de las principales razones por la que, especialmente mujeres, desconfían de los servicios de salud y en muchos casos influyen en la decisión de no utilizarlos. En apariencia, se creería que el tipo de trato no es un factor crucial para la salud, sin embargo, por medio de varios estudios, como la presente investigación, se demuestra que el trato altera significativamente las decisiones de salud de los pacientes y la percepción que las y los pacientes tienen de la “salud” o “bienestar” recibido.

Los resultados de la investigación proveen características y particularidades sobre distintos tipos de trato durante el uso de los servicios de salud. Diversas investigaciones han demostrado patrones de trato hacia las pacientes bastante similares; los datos registran que existen mecanismos de coacción universales que van desde el uso de la violencia verbal y física, como la ausencia de consentimiento, información y privacidad, además de posibles retenciones e imposiciones que limitan un acceso libre a los servicios. Todos los casos presentan patrones de discriminación hacia las mujeres, además, en el caso de partos, fuertes casos de violencia obstétrica. Desde estas distintas investigaciones, se sugiere la universalidad del problema y se afirma la homogeneidad globalizada de malas prácticas dentro de la atención en salud.

En la presente discusión, se ahondará en los hallazgos y en las características interpretadas como influyentes en la formación de relaciones de poder entre servidores públicos de salud y las pacientes. Asimismo, será importante rescatar los planteamientos teóricos sobre “poder”. Los resultados presentan actos de maltrato que se dan con regularidad al momento de pedir, recibir o terminar la prestación del servicio público que surge del abuso de poder por parte de los prestadores de salud y el personal administrativo hacia las pacientes. Los tratos que con regularidad se presentan construyen una red de patrones que deshumanizan la prestación de los servicios, ya sea, por medio de la indiferencia o el control. Como se describió en la sección anterior, el resultado principal fue la alta frecuencia con la que se presentan los abusos de tipo verbal y la coacción, que incluyen gritos, regaños, amenazas e insultos. Esta también incluye la indiferencia por parte de los servidores como una forma de castigo y control, asimismo, se encontraron casos donde se desencadenan abusos por negligencia médica, aunque pocos, presentan graves descuidos por no prestar la atención suficiente al cuidado de la paciente.

Los casos de maltrato ofrecieron características de la violencia que se vive dentro de la relación de los servidores de salud y los pacientes. Dichas interacciones sociales resaltaron que los tratos violentos y discriminatorios se deben principalmente a factores como la pertenencia étnica, posición socioeconómica y género. Asimismo, es importante señalar que debido al grupo escogido para el análisis de casos, la violencia obstétrica surgió como uno de los principales resultados investigativos. Los casos demuestran fuertes contrastes entre la lucha institucional por promover los servicios obstétricos con la finalidad de reducir la tasa de natalidad, muertes maternas y neo-natales e incrementar el uso de métodos anticonceptivos, pero a la vez, donde se niegan los derechos sexuales y reproductivos.

Una de las creencias sociales e institucionales que contribuye a la coacción de las pacientes es la esterilización de las mujeres como una solución a la alta tasa de natalidad y la pobreza. Esta indica la lucha institucional en decidir sobre el cuerpo de las mujeres. Las pacientes demostraron un alto rechazo a la “planificación familiar”, es decir al uso de métodos anticonceptivos, entre ellas la esterilización. Desde el inicio de la investigación, este tema salió a luz, y en los casos sobresale la lucha del personal por obligar a las mujeres a operarse “para dejar de tener hijos”, ya que desde las instituciones de salud pareciera que esta política incentiva a que las mujeres tengan una mejor salud sexual y reproductiva. Los recursos educativos y de información existentes sobre salud sexual y reproductiva son limitados. Al contrario, la institución encargada de promover la salud sexual y reproductiva posee prácticas que reprimen la sexualidad de las mujeres al señalar como problemático su cuerpo, intenta disminuir los índices de crecimiento poblacional, mortalidad de la niñez y la mujer con extremos procedimientos. Las mujeres perciben estas obligaciones como amenazas hacia su cuerpo, su salud y su cultura. Estas amenazas se ven proyectadas cuando las pacientes recurren por servicios prenatales y de parto, donde frecuentemente se cuestiona su sexualidad y maternidad. Estas experiencias sugieren que la salud sexual y reproductiva ha sido poco y mal ejecutado desde las instituciones de salud. Los intentos de impedir embarazos en mujeres resulta ser uno de los mayores contribuyentes al maltrato en los servicios de salud.

Asimismo, como se planteó en los resultados, un inesperado hallazgo en fueron datos que no concuerdan con las narraciones que explícitamente muestran violación de los derechos en salud. Pocas mujeres mencionaron que al momento de recibir ayuda médica, percibieron que los servidores de salud consideraron su estado físico y emocional de manera integral. Sin embargo, como se presenta en otras investigaciones, este buen trato termina siendo muchas veces poco constante. Las mismas, señalaron que al mismo tiempo en que fueron bien tratadas otras mujeres dentro del mismo espacio eran mal tratadas, y otras indicaron haber escuchado malos tratos en otras ocasiones. Muchas de las buenas acciones de los servidores de salud son contradictorias, ya que algunas mencionaron que fueron tratadas con bastante respeto pero que

no las dejaban gritar durante su parto o que no les ofrecieron indicaciones ni consentimiento para ciertos procedimientos. Estos resultados se enlazan con la noción, que como previas investigaciones demuestran, existe una tendencia a normalizar el maltrato y a no considerarlo como malo, esto debido a la falta de información y de experiencias anteriores que permiten reconocer la calidad de atención según sus derechos. Estas discrepancias resultan ser parte de la misma dinámica de poder ejercida hacia las pacientes: la naturalización del maltrato sustentado de un poder latente dentro de estas relaciones.

Por último, se incluye al análisis las diferencias económicas y étnicas, las cuales son factores que contribuyen fuertemente a la ejecución de las relaciones desiguales en los servicios. El linaje y la posición socioeconómica influyen en la conformación de instituciones que oprimen los derechos universales en salud y aprueba las diferencias sociales en las interacciones a nivel micro. El racismo y el clasismo son las principales herramientas de poder utilizadas para favorecer el estatus quo entendido como las condiciones normalizadas que legitiman una estructura a favor de un orden hegemónico. Las distintas formas de discriminación que se viven en las instancias públicas, ya sea por el hecho de ser pobre, analfabeta o mujer, están dentro de un orden que ha posicionado los roles a favor de otorgar poder a unos y quitarle poder a otros, contribuyendo a la creación de fuertes asimetrías de poder.

Para ello, para la interpretación de los casos es imprescindible rescatar aspectos teóricos sobre el concepto de “poder”. Se parte de la idea que las interacciones sociales dentro de los servicios de salud son parte de un sistema social con factores macro, que determinan las posiciones sociales, los roles y las relaciones de dominación. Por ello, fue necesario realizar un análisis profundo sobre las causas estructurales de las prácticas discriminatorias dentro de los espacios de la institución pública de salud. Para explicar la naturaleza de estos abusos, se identificó que el principal detonante del uso desmedido de tratos discriminatorios y violentos es a través de la apropiación de poder; no obstante, el poder definido como mecanismo de control, legitimado por la estructura social y por los significados y creencias que surgen de las dinámicas culturales e ideológicas de la misma. Estos casos demuestran que el control generado a nivel local y en las interacciones cotidianas, es un control oportunista de las ventajas que tienen los servidores de salud por medio de su estatus y rol social dentro de un orden institucional.

En el siguiente esquema confluyen tres aspectos que socializan entre sí. El poder simbólico se sobrepone y envuelve otras prácticas culturales que generan relaciones de dominación. La violencia obstétrica, la discriminación y el racismo se encuentran subsumidos dentro de la esfera principal: el poder simbólico adquirido. “El poder” permite comprender la naturaleza de las relaciones violentas en el trato, incluyendo las prácticas de inequidad en el trato según el fenotipo, pertenencia étnica, educación y género:

Figura 12: Poder simbólico y estigma.



Fuente: Elaboración propia.

Se reconoce la existencia de distintos tipos de poder simbólico como medios que permiten que otras estrategias coercitivas se naturalicen en los espacios de interacción social médica, tales como la violencia obstétrica y el control del cuerpo de las mujeres o ser discriminado por ser pobre o analfabeto. El esquema anterior es un acercamiento a los factores que inciden en la legitimización de las relaciones desiguales en el campo social estudiado. El poder simbólico se presenta en las ideologías racistas, en los roles de género y en el acceso a la educación o la profesionalización. Todas ellas conllevan a prácticas discriminatorias dentro de las relaciones sociales cotidianas, como se indicó anteriormente, se transforman en dinámicas bastante naturales, tanto para las pacientes como para el personal médico. Es necesario integrar el poder simbólico, y no solamente el "poder"; por el significado que este tiene dentro de la estructura social. Hasta acá, suponemos que las creencias e ideologías de poder de la cultura dominante ejercen presión en las condiciones y roles sociales, es decir la red de significados que el uso de poder contiene. Así es que las prácticas discriminatorias son dinámicas sistemáticas en función de una ideología de poder.

Max Weber (1960), discute que los distintos tipos de poder contribuyen a relaciones desiguales debido a que la naturaleza del poder es tener control y autoridad sobre las acciones de los demás, creando fuertes asimetrías sociales. De acuerdo con Weber, el poder es dominación, obtención de obediencia y sumisión de los otros, siempre determinado a fines o resultados que estén bajo la conveniencia del que domina. (Weber, 1960: 21) Lo anterior deja en

claro que el poder requiere de un sujeto o grupo de sujetos, que dominen y de otros dominados en una posición de subordinación. Pero además de visualizar las posiciones de dominación y subordinación, ¿qué es lo que predispone y condiciona éstas relaciones?

El poder definido por Pierre Bourdieu y Erick Wolf, por otro lado, resalta aspectos teóricos sobre el poder estructural. Esta definición permite tener un panorama complejo de las relaciones sociales dentro de un sistema social jerárquico, donde la estructuración de la sociedad está determinada por los intereses de los grupos dominantes. Recordemos que Erick Wolf (2001), explica el poder como una herramienta ideológica; afirma que toda ideología puede establecer diferencias sociales y distinciones de unos sobre otros, por lo que algunas ideologías o ideas efectivamente son instrumentos de poder. (Wolf, 2001: 352).

A través del planteamiento de Erick Wolf y Pierre Bourdieu, se propone que las ideologías de la cultura dominante son un mecanismo de poder que normaliza y legitima las relaciones desiguales dentro de la sociedad y sus instituciones. Es común la naturalización de las diferencias y desigualdades en las relaciones sociales que se dan bajo los servicios públicos de las instituciones estatales, y los casos de maltrato; estas negativas distinciones sociales dentro de los espacios institucionales se debe a la apropiación e interiorización de ideologías de una cultura dominante. Dichas ideologías de poder se encuentran en el campo social y se transmiten por medio de diversos grupos sociales que perciben la realidad, las acciones y las prácticas desde valores de la cultura dominante. No obstante, estas relaciones de dominación pueden ser razonadas pero no siempre son notorias para quien practica poder sobre otros, ya que es común que este tipo de poder no sea obligado a ejercerse, usualmente no está normado ni tampoco responde a un beneficio social inmediato para el opresor. Este tipo de poder, cuenta con un sentido abstracto, que genera un propósito social para el interés de ciertos grupos sociales en función del orden de la estructura social, en pocas palabras, cumple con legitimar los valores y las creencias de la cultura dominante. Por lo tanto, la apropiación y el uso de poder, es un mecanismo de orden de creencias subjetivas que legitima el poder de unos grupos frente a otros, que oficializa dichas posiciones sociales, y al mismo tiempo, las normaliza.

La propuesta de Wolf dice que el poder se encuentra adscrito a la cultura y a la naturaleza del cosmos social de los grupos dominantes, que tiene capacidad de transformar la sociedad junto con su organización y sus estructuras, siendo el poder estructural la vía que predispone cómo la gente participa dentro del mundo social. (Wolf, 2001: 352, 370) En este sentido sería viable hablar de un poder “hegemónico”, donde existen cosmovisiones y creencias dominantes que norman las prácticas socioculturales en los espacios sociales. Es hegemónico, en cuanto estas ideologías sean mecanismos que predispongan y condicionen la vida social, no sólo para sus propios integrantes culturales si no para casi la totalidad de la diversidad de grupos étnicos o culturales. Para este análisis es valioso aclarar que el poder que se sitúa en los espacios institucionales es el mismo que rige las diferencias y el orden social estructural.

Sin embargo, ¿cómo logran las creencias de la cultura dominante ser una herramienta de poder intrínseca en el orden social? La construcción histórica de la organización social ha sido clave para trazar el hilo conductor del orden estructural y organizacional y la transformación cultural de la sociedad guatemalteca.

En el caso de Guatemala, es preciso señalar que la construcción de las estructuras de poder surge como un mecanismo de sobrevivencia económica y de estatus social. Históricamente, permite que las creencias o ideas de los grupos de poder hagan distinciones sobre los grupos sociales. Aquí es importante considerar, como veremos más adelante, que estas distinciones son necesarias para la “supremacía racial” de clase, pero también para la permanencia de sectores económicos en el poder. Con el tiempo, se crea un Estado contaminado por las ideologías de la clase dominante, y se construyen organismos e instituciones con alta inclinación a legitimar ideologías de poder que desplazan de poder económico y político a las clases que históricamente fueron segregadas y excluidas de las mismas.

El racismo, las prácticas de segregación y exclusión son resultado de creencias e ideologías dominantes construidas desde la estructura social de poder que responde a los propios intereses de la clase dominante. Particularmente para este caso, la discriminación y el racismo provienen de creencias de clase, ideologías de poder que diferencian unos grupos sociales sobre otros, es una forma de leer y actuar ante la realidad. Sin embargo, su función no es exclusiva a la interpretación del mundo, sino que como planea Bourdieu, las ideologías de clase tienen una función política que contribuye a la violencia simbólica, es decir que responden a los intereses de clase dentro del campo social a través de imposición de creencias (Bourdieu: 2001: 87-89). El origen de las desigualdades sociales en Guatemala, nace de las ideologías coloniales sobre la superioridad racial como estrategia de dominación y poder. Al haber políticas de segregación, los recursos fueron amplios a favor de unos grupos sociales y escasos para los que habían sido posicionados en estado de dominación.

Con base en la postura teórica de Bourdieu, el capital económico es un valor social que logra transformar los roles de poder, siendo que los grupos con mayor obtención y manejo de recursos son los grupos que llegan a un nivel de poder más alto o de dominación social. Los grupos que logran mayor obtención de capital económico y político, también disponen de mayor acceso a que sus posturas, creencias y valores tengan influencia en el campo social. En el contexto de Guatemala, la estructura social ha sido transformada por grupos con alto grado de influencia política por medio del manejo del poder económico se han posicionado como grupos dominantes. Estos grupos dominantes establecen su estatus social legitimado por su poder de adquisición de recursos y al mismo tiempo, conforman un sistema ideológico sobre la superioridad racial. Los grupos con mayor poder de adquisición cuentan con mayor ventaja política al tener mayor estatus o grado de influencia social que otros grupos y estratos sociales.

Como consecuencia, el capital económico potencializa al capital cultural más el valor social de su estatus. De este modo existe una relación entre el poder económico y el poder simbólico, donde la cultura del grupo económicamente dominante crea sus propios mecanismos de poder para permanecer en él y penetra en sus instituciones sociales.

En congruencia a la afirmación de Wolf sobre las ideologías como instrumentos de poder, Pierre Bourdieu, plantea el concepto de poder simbólico. Recapitulando, el poder simbólico, define asimismo los procesos de la “construcción social de la realidad” que predisponen las condiciones desiguales en la obtención y la práctica del poder (Bourdieu: 2001: 87, 89). Siendo el poder simbólico construcciones de la realidad, estas son igualmente ideologías que contribuyen al orden social, a la construcción de las jerarquías y distinciones sociales a través de la dominación de una clase social sobre las otras. Estas creencias y conocimientos culturales estructuran las relaciones sociales; siendo estas ideologías un producto de particulares grupos sociales dominantes que responden a sus intereses. (Bourdieu: 2001: 87, 89, 93, 96) En una sociedad puede haber distintos tipos de poder simbólico que rigen su organización; en Guatemala, las ideologías de clase dominante han estructurado las relaciones sociales a favor de los grupos de poder bajo percepciones de la realidad definidas por los propios grupos de poder. Como veremos más adelante, las creencias sobre superioridad e inferioridad racial influyen fuertemente a relaciones desiguales y también recrean una realidad social guatemalteca que desfavorece los beneficios sociales para los grupos sin poder.

La cosmovisión de la realidad social de los grupos dominantes ha sido trabajada por Martha Casaús, Demetrio Cojtí y Ramón González-Ponciano, entre otros. El racismo y la supremacía racial del “blanco”, fue conformando una sociedad segmentada en grupos poderosos, grupos con cierto acceso a riquezas, y otros con menor capacidad de adquisición. El proceso histórico de segregación y exclusión social conformó relaciones sociales fuertemente desiguales, donde la pertenencia étnica fue un factor crucial que posicionaba el grado de obtención de poder. Las poblaciones indígenas que en un pasado sufrieron la invasión de extranjeros, se convirtieron en poblaciones conquistadas y dominadas por los “blancos”. Vale la pena señalar estos procesos históricos que indican la conformación de un nuevo orden social que se rige por creencias de superioridad e inferioridad racial como ideologías de poder. Igualmente, son importantes estos procesos históricos por la desigualdad en la obtención y manejo de las riquezas según la pertenencia étnica. Las ideologías racistas reafirmaron el posicionamiento de poder de las clases altas, y al mismo tiempo su legitimización en el manejo de los recursos para sus intereses económicos y políticos. Recordemos que Bourdieu (1989:14-21), también considera que los procesos históricos, las leyes o las creencias tienen similar función del establecimiento de las diferencias sociales dentro del campo social.

Desde un nivel macro, se comprende que las estructuras de poder se apropian de los recursos. En el contexto de Guatemala, la economía de los grupos de poder sobrevive de la

relación de dependencia entre estos grupos con los grupos que se encuentran en una posición de “obediencia” o “subordinación”. Como anteriormente se indica, los mecanismos de dominación de los grupos dominantes provienen de las creencias de superioridad racial, que según las propuestas de sociólogos guatemaltecos, ha sido identificado como un instrumento de poder generado desde la cosmovisión del grupo dominante. Se resalta este aspecto no sólo por la depredación de los recursos a favor de un grupo, sino por la estructuración y organización de la sociedad en función de las creencias e ideologías de los grupos dominantes. Con estos puntos teóricos, se aclara que estas ideologías han mantenido las relaciones sociales desiguales y a grupos sociales en desventaja. Esto afirma los planteamientos de Erick Wolf, sobre que las ideas, creencias y valores culturales construyen un arquetipo de la realidad, creando un orden social que estructura la mayoría de relaciones sociales.

La conformación del Estado- Nación es crucial para comprender que las políticas de segregación y exclusión permanecieron enraizadas en los organismos estatales y en las instituciones. Aunque no se colocó en la revisión de literatura, sí es indispensable retomar este punto histórico como un ejemplo de los mecanismos de poder por medio del Estado. La transición histórica de las poblaciones conquistadas a ser poblaciones parte de un Estado de Derecho no ha demostrado ser justa en la integración económica y política de diferentes grupos culturales. Históricamente, las estructuras de poder propusieron políticas para la asimilación de las culturas en “subordinación”. Es difícil afirmar que el orden dentro del Estado no sea hegemónico, al contrario, se demuestra que la cultura dominante sigue siendo la cultura hegemónica para los demás grupos sociales y que el orden institucional también suele manifestar históricas prácticas de discriminación racial y social.

La conformación de la estructura social adquiere naturalmente una función política. Estas funciones políticas satisfacen el statu quo de las clases dominantes, y se manifiestan en el orden social y el campo social de su sociedad. Algo primordial de rescatar de la postura de Bourdieu, es que el poder es acumulativo, y en cuanto los agentes y las instituciones acumulen poder dentro de la estructura existe violencia simbólica. En el caso guatemalteco, las ideas sobre la “supremacía racial” o étnica, ha sido una de las herramientas políticas que más ha contribuido a la desigualdad social, ya sea cultural, política o económica, que al mismo tiempo, han construido arquetipos de la realidad social en las instituciones. Claramente, la poca inversión social también se debe a otros factores dentro de la organización, sin embargo, sí es indispensable reconocer que las instituciones han sido estructuradas con poca capacidad de generación de respuesta y bienestar social por la poca inversión que este tiene particularmente a poblaciones pobres indígenas y rurales. Tanto la poca asignación de recursos, las relaciones sociales y el trato propias del Estado son resultado de la violencia estructural histórica.

Al nivel macro, hasta la época actual, los recursos económicos y los recursos estatales, como los de salud y educación, se distribuyen según la pertenencia étnica y clases social al cual

pertenecen los grupos sociales. Entre más similitud exista con los grupos dominantes más es la posibilidad de adquirir recursos públicos, y entre menos similitud, menores son las oportunidades de adquisición. Estos aspectos vienen a colación por la desigual distribución en el acceso a la salud pública, entre menos cercano se encuentre un grupo social a las características del grupo dominante, mayor es la posibilidad de ser discriminados. Indudablemente los grupos de linaje indígena son quienes reciben mayor discriminación en la adquisición de recursos y son mayoritariamente excluidos de sus derechos.

Recapitulando, las condiciones estructurales han posibilitado un orden social inequitativo, donde la capacidad de obtención de capital social es importante para la adquisición de poder. Ahora, es importante analizar cómo la estructura social hegemónica contribuye a que el campo social fácilmente sea espacio de lucha de poder. El campo social y campo de poder al ser espacios sociales estructurados definen las posiciones de los distintos agentes pero según el capital social que tengan. El campo social por un lado, es un sistema de diferencias donde sus agentes se definen en función de la posición o roles de los otros, por ejemplo campesino/ladino; y el campo de poder, dentro de la dinámica social, condiciona los beneficios sociales según el tipo de capital que se tenga, acorde al ejemplo anterior, sería: pocas oportunidades educativas/ más oportunidades educativas.

Por lo tanto, se infiere, que el campo social serán todos esos espacios locales donde hay interacción entre distintos agentes sociales, que se definen por la capacidad y apropiación de capitales culturales o sociales, incluyendo los económicos y educativos. Si bien la estructura social aparenta otorgar a cada ciudadano de sus derechos y de participación; en la realidad social los grupos dominantes utilizan sus capitales culturales y sociales como instrumentos de poder político y la creación de la violencia simbólica en sus instituciones al otorgar de poder simbólico a unos agentes más que a otros. En ese caso, si retomamos la dicotomía indígena/ladino, el criollo o blanco obtiene los beneficios políticos de esta relación social; o la dicotomía proveedor de salud como representante de la institución del "Estado" / usuaria de los servicios de salud. Históricamente, por ejemplo en el caso guatemalteco, el ladino adquiere y acumula poder y el indígena o campesino al ser sometido a un campo de poder desigual, sufre de la violencia estructural y se define su estatus social, en su mayoría, con pocos capitales sociales y económicos. El sistema simbólico legitima y traza estas posiciones sociales desiguales garantizando que la estructura social permanezca de tal modo.

De acuerdo a las posturas teóricas, entre más capital económico mayor obtención de poder social. La obtención de más capital económico es parte de un proceso histórico que permite que ciertos grupos o sectores de la sociedad se transformen en grupos con alto grado de influencia, convirtiéndose en grupos dominantes, esto aplica a cualquier región o estrato social. También se indica que entre más acceso a recursos mayor será el grado de influencia política, toma de decisiones y el manejo de recursos. A continuación, se presenta un esquema donde se

observa que la cosmología de la cultura dominante sustenta el poder simbólico donde las creencias o nociones de los otros, construido desde el grupo dominante, delimita los roles y las posiciones sociales. Estas ideologías logran establecerse como instrumentos abstractos de opresión social, es decir instrumentos políticos, que al pasar por procesos de validación social, naturalizan y legitiman las relaciones desiguales dentro de las instituciones y las relaciones sociales.

En la figura “poder estructural”, se presenta un esquema más complejo que ilustra y propone los factores macro y micro que conllevan a relaciones desiguales y determinan las posiciones sociales, unas en desventaja con otras que aplica a cualquier sistema social (espacio social). El esquema ilustra los factores que constituyen al poder estructural anteriormente mencionados. Como se señala en el esquema, el poder estructural contiene cuatro elementos importantes: el capital económico, la cosmología de la cultura dominante, el poder organizativo, y por último, el campo de poder. Estos cuatro componentes son abstracciones sobre los niveles en el que el poder se transforma, a manera cíclica, del campo social a la cosmología dominante (entendido como el sistema de creencias), y de nuevo las cosmologías hacia el campo social.

Como se explicó con anterioridad, existe una fuerte relación entre lo que es el poder simbólico y los grupos con mayor poder de adquisición de recursos. Esta abstracción permite visualizar en el escenario social en discusión, la presencia de grupos de poder que han generado un orden social particular a sus necesidades económicas. Tanto los datos bibliográficos como los resultados investigativos, muestran que la mayoría de grupos en condición de desventaja social son quienes tienen menos acceso al manejo y uso de recursos, ya sean privados o públicos. El capital económico establece los grupos dominantes al otorgar de libertad para la elección y obtención de diversos recursos y asimismo de su control y manejo.

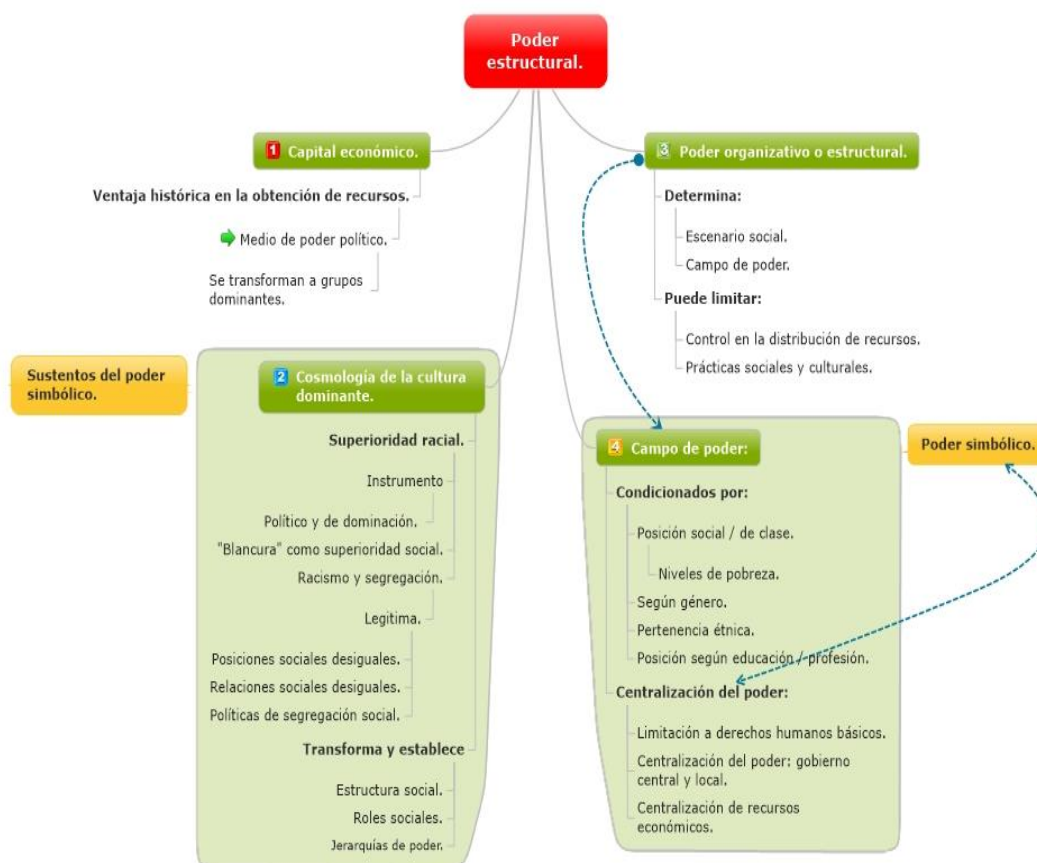
En el esquema de poder estructural, se ha señalado también el poder organizativo, que como se ha planteado, establece las posiciones de los distintos grupos sociales y sus organismos o instituciones. El campo social, sus organismos e instituciones se han moldeado según la organización histórica que las estructuras de poder han creado. Es necesario rescatar que las ideologías de poder moldean la cosmología de los grupos dominados y que por lo tanto fácilmente moldean los entes que rigen y ejecutan las normas y leyes que se tienen en común. A nivel estructural, la diferenciación en la distribución de recursos repercute en el tipo de distribución que se da desde las instituciones, sobre todo porque establece escenarios que predisponen la obtención de estos recursos a nivel regional o local. Estas dinámicas históricas han conllevado a que los recursos hospitalarios no sean equitativamente distribuidos, colocando en desventaja a grupos históricamente “dominados”.

El escenario social impuesto por el poder organizativo limita la libertad de organizaciones o grupos culturalmente diferentes al grupo dominante, restringiendo las mismas posibilidades de cambiar o transformar la organización social y la ejecución dentro de las instituciones y los

servicios. Las creencias sobre “los otros”, el racismo, y las prácticas de salud normada, usualmente occidentalizada, muchas veces contradicen las creencias, percepciones y prácticas de salud local o no ciudadinas.

La organización del sistema de salud no permite que otras personas pertenecientes a culturas dicotómicas a la “cultura del Estado” puedan participar en el cambio de las instituciones y de sus servicios. Esto explica con claridad que las instituciones no compatibilizan con las culturas de las poblaciones diferentes a la cultura dominante. El problema a resolver es el grado de participación y la representatividad en la transformación social de las instituciones de salud. Por lo tanto, como se observa en el esquema, el campo de poder condiciona quiénes tienen mayor acceso a la toma de decisiones y, usualmente, la posición social condiciona quiénes se encuentran con mayor probabilidad de beneficiarse de los servicios públicos. Los grupos sociales usualmente más pobres son, no solo excluidos físicamente o geográficamente, su color de piel, su pertenencia étnica y nivel educativo también son filtros que limitan un acceso libre a los servicios.

Figura 13: Poder estructural.



Fuente: Elaboración propia.

En el caso de Cuilco, las ideologías racistas permanecen en los idearios de la población. En referencia al estudio etnográfico realizado por Manuela Camus, es evidente que la desigualdad y las inequidades sociales en Cuilco son parte de las dinámicas de poder diseñadas por su organización social, donde existen pobres campesinos y zonas más privilegiadas. Como menciona Camus, existe una fuerte separación entre los indígenas de Ixtahuacán con los llamados cuilquenses, e incluso existe rechazo por los nuevos pobladores indígenas que han sido etiquetados como “más revoltosos” y los otros (antiguos) que son “más calmados”.

La sociedad de Cuilco es un sistema social desigual donde las inequidades también parten acorde a los prejuicios según la proveniencia étnica y las características fenotípicas. Es un municipio donde se observa personas con tez blanca, y al mismo tiempo personas de tez morena que se identifican como mestizos, indígenas y ladinos, la mayoría de mestizos-indígenas subsisten de la agricultura y los blancos (o ladinos) buscan puestos públicos o se encuentran socioeconómicamente bien posicionados en la localidad. Las desigualdades y las relaciones de dominación se justifican de ideologías de poder, en ese caso se basan en ideas sobre superioridad de clase y sobre la idea de la “blancura”. Recordando palabras de González Ponciano, la blancura o el perseguir “ladinizarse”, no corresponde siempre al color de la piel, pues las identidades y las posiciones de clase cambian según las posibilidades de movilización social ascendente, y asimismo dependen de las costumbres y prácticas “más civilizadas, más modernas y correctas”. En este caso, construyen posiciones desiguales entre los “ladinos” del pueblo y los mestizos (también autodefinidos como indígenas) de las zonas más rurales de Cuilco.

En general, para los grupos dominantes es conveniente que las ideologías de poder permanezcan en el tiempo. Aunque ha habido avances en la formulación de políticas y leyes mucho más incluyentes, aún en su ejecución no han sido superadas muchas creencias prácticas conservadoras. En relación con lo anterior, los resultados presentan creencias racistas y clasistas aplicadas a las estrategias de dominación dentro del campo de las relaciones de atención en salud. Se hizo notar que el personal de salud ha interiorizado ideas de superioridad y que las ha externalizado en prácticas discriminatorias de tal forma que se valida el orden establecido de dominación. Palabras como ¿“acaso sos animal”?, “¿acaso sos rica?”, demuestran una realidad construida desde preceptos racistas y discriminatorios. Este marco de creencias representan los valores socioculturales sobre los otros, y particularmente sobre sus condiciones socioeconómicas y respecto su origen étnico. Las inequidades en el trato son estructuradas y constantemente validadas por medio de estas prácticas de poder sustentadas por ideas de superioridad. Es importante añadir a ello que la superioridad racial se establece sobre los prejuicios “raciales” o biológicos, y también según las posiciones sociales y económicas. Estos casos demostraron principalmente que dentro de las dinámicas de discriminación no es necesario portar un traje indígena o hablar un idioma maya para condicionar

tratos discriminatorios; sino que las valoraciones sociales y culturales sobre “la blancura”, sobrepasa los factores que provienen de la identidad o pertenencia cultural, ser un ladino pobre del área rural puede traer las mismas consecuencias racistas y discriminatorias que ser indígena de un área rural.

Según los planteamientos de Bourdieu, el poder simbólico permite en las dinámicas sociales la construcción de prácticas discriminatorias, bajo mecanismos de distinción, y como lo sustentan los casos de maltrato, son legitimados y validados en espacios públicos e institucionales consecuencia de la apreciación de la realidad desde las ideas dominantes, por ejemplo el uso de ofensas e insultos discriminatorios como instrumentos de coacción.

La organización social ya estructurada permite asimismo estructurar las conductas y las prácticas sociales dentro de las relaciones sociales. Es así como se convierten en hábitos legitimados por las creencias sociales y los valores de una cultura dominante. El “habitus” es un concepto que ayuda a interpretar y definir estas conductas naturalizadas dentro del orden cognitivo y el orden social de la sociedad, que también está contenida en sus organismos e instituciones. En este caso, las prácticas discriminatorias y las prácticas de violencia contra las mujeres embarazadas y pacientes en general, son resultado de lo que se conoce como habitus, es decir, las conductas ya interiorizadas en función de valoraciones sociales dominantes.

El poder simbólico es parte de una red de creencias y significados mucho más complejo que integra diversos aspectos como los roles de género, el racismo, el estatus social y económico, el nivel de educación, entre otros. En esta investigación se encontraron distintos tipos de poder simbólico que legitiman un sistema social de la cultura dominante y por consiguiente sus relaciones sociales y el habitus. Las ideologías y creencias se materializan en la realidad como instrumentos de poder en el orden del campo social y de poder por medio del lenguaje y la comunicación. Estas prácticas diarias condicionan la vida de las personas, tanto para los que son parte y no son parte de la cultura dominante.

El habitus aprueba el poder hegemónico en las relaciones cotidianas, las que se dan en espacios públicos, privados e institucionales. El habitus manifiesta los roles de superioridad e inferioridad dentro de los servicios de salud, y materializa el poder en los servicios. Un ejemplo de ello, es la coacción constante hacia las pacientes, donde la vigilancia y el castigo son comunes a través de la comunicación regida por la red de significados de la cultura dominante, tales como “animales”, “indios”, “¿acaso son ricos como para tener tanto hijo?”. Los regaños y gritos son una manifestación de la naturalización de un habitus que determina las posiciones de poder en el campo social como normas no escritas.

Desde que el poder estructural también es patriarcal, los roles de género desfavorecen el bienestar de las mujeres y en los espacios de salud, fácilmente sufren de violencia obstétrica, racismo y discriminación. Este poder simbólico, viene de la conformación social sobre los roles de género donde las asimetrías de poder no permiten que las mujeres puedan exigir sus

derechos en salud, dado que ni siquiera conocen los que tienen. En estos espacios las mujeres sufren diversos tipos de discriminación dada a su posición social: mujeres con escasos recursos, sin educación o conocimientos.

Como las relaciones de dominación por pertenencia de clase, el patriarcado también condiciona la posición de poder del personal de salud ante las pacientes mujeres; en estos casos se evidencia que las mujeres viven patrones de subordinación establecidos por creencias patriarcales, tales como la ausencia de autonomía y respeto sobre sus cuerpos y la falta de participación en la toma de decisiones, con expresiones como: “¡así como aguantaste con tu marido, ahora te aguantas el dolor!”. Como menciona Weber, toda relación de poder requiere de imposición de condiciones a conveniencia de quien domina y los casos presentan un habitus que imponen condiciones a las mujeres con el fin de obtener su sumisión y obtener aprobación de sus ideas o creencias subjetivas. El “habitus” que se practica por los trabajadores en salud del sistema institucional sigue condicionando las posiciones de poder en el campo social. Usualmente, los servidores de salud someten sus creencias, ideas o valores morales al dar el servicio de salud, además de justificar y enmascarar estas prácticas violentas con el “don” del conocimiento científico y la profesionalización. Estas prácticas colocan a la mujer en un estado coaccionado por las creencias y los valores de los trabajadores de salud sustrayendo las libertades humanas de las mujeres. El habitus de la violencia obstétrica restringe la agencia de las mujeres y sus derechos ciudadanos, tanto sus derechos humanos como sus derechos reproductivos. Dada a la diversidad de violación humana la prestación de los servicios son, contradictoriamente, un sistema de violación a los derechos humanos.

Diversas investigaciones han abordado el maltrato hacia las mujeres, especialmente sobre la violencia obstétrica y se ha descubierto que esta es una de las principales barreras que limitan que las mujeres asistan a los servicios de salud o asistan de una forma más libre. Los casos en comparación con otras investigaciones afirman que los medios que restringen una buena atención a las mujeres son bastante similares, y que responden a un fenómeno que es parte del sistema de salud global, principalmente sobre la violación a los derechos sexuales y reproductivos. Algunos ejemplo ya señalados son el callar a las mujeres, culpabilizarlas y recriminar sus prácticas sexuales, y además, en ocasiones cuando suceden complicaciones médicas que son acusadas por su “falta de cooperación” (Evitri y Castro, 2003: 259).

Otro de los factores que han sido globalmente identificados es la falta de consentimiento informado, la falta de información sobre los procedimientos y su estado de salud conforme a la atención. Algunos casos encontrados en diversas partes del mundo han mostrado falta de consentimiento para realización de cesáreas, episiotomía, transfusiones de sangre e incluso esterilización (Bowser y Hill, 2010:10); aunque estos no han sido los casos encontrados en la presente investigación, se identificó la ausencia de permiso al momento de administrar medicamentos o hacer algún tipo de procedimiento de rutina, como por ejemplo tacto vaginal o

colocación de inyecciones, y sobre todo no aclarar información detallada sobre las opciones para el parto, ya sea cesárea o parto natural. Esto conlleva a que las mujeres no decidan sobre cómo quieren tener el parto. Otras características que particularizan el maltrato a nivel global fueron encontradas en los casos analizados en esta investigación, tales como la falta de privacidad y respeto a sus cuerpos.

A partir de varios episodios recolectados para la presente investigación se observó actitudes paternalistas hacia las mujeres, por ejemplo, ante la “desobediencia” como el no irse a bañar, no apurarse, hacer algo que no esté permitido, como hablar con sus familiares por la ventana, comer o tomar agua, sin posibilidades de elegir ni de dar su opinión:

*<< “¡Tiene que aguantar porque ya está grandecita!, dijo: usted no es chiquita para no aguantar el dolor, tiene que aguantar, siéntese!”, y me examinó. También me dijo, así: “¡para qué se dejó con el perro, cómo dejó que la mordiera, usted se debería de cuidar ya está grande, no está chiquita!” (TINA)*

*<<“¡¿por qué no de largo te viniste? El niño no hubiera muerto!”>> (SEGERC6)*

Se documentó que los servidores de salud usualmente quieren la obtención de obediencia por las pacientes y niegan constantemente sus conocimientos y tratan de no interactuar o responder dudas. Este control y coacción fue descrito por las usuarias en varios momentos, comúnmente cuando deben bañarse, cambiarse, o moverse de un lugar y al momento de estar en labor de parto. Este es uno de los tipos de conflictos señalados por algunos autores: << los servicios médicos se dejan hacer valer por medio del autoritarismo, reflejado en los regaños y las recriminaciones para conseguir su “cooperación”. >> (Castro, 2013: 147). Como se ha mencionado, los casos presentaron recriminaciones sobre la sexualidad y la maternidad voluntaria de las mujeres. Las nociones institucionales y médicas sobre los cuerpos de las mujeres y sus prácticas reproductivas, como el uso de medidas anticonceptivas han sido fuertemente estigmatizadas negativamente e incluso son parte del habitus que deshumaniza la relación entre los servidores y las pacientes. Las mujeres usualmente no tienen derecho a la toma de decisión sobre su salud y su cuerpo. En un caso el médico le mencionó a la mujer:

*<< “No más, Ahí lo vas a aguantar, no vengas a abrir la bocona ¿Y cuántos hijos pensás tener después de este? Cuarto. ¡Qué estás pensando mujer cuídate! Solamente con estos tres hijos. ¿Y acaso me están ayudando a tener a mis hijos? [Les dijo ella a los doctores]. “¡Ah! ¡Ojalá si fueran mujer chingonaso para aguantar el bebé, no que chillando están!”>> (DMRAC4)*

Estos resultados concuerdan con lo que indica Carlos Mazariegos (2008), las medidas para la planificación familiar son en su mayoría disciplinarias que recaen directamente sobre los cuerpos de las mujeres respecto a su sexualidad y a la gestación. Las mujeres afirman los constantes regaños y recriminaciones por quedar nuevamente embarazada. En cualquier establecimiento de

salud los servidores de salud intentan obligar a las mujeres a esterilizarse y además utilizan medios de represión para denigrar a la mujer con la intención de tener control sobre ellas y convencerlas. Estos idearios sobre la mujer incrementan las brechas de desigualdad y limitan las necesidades de abordar la salud sexual y reproductiva y contribuyen a que los derechos en salud de las mujeres, y en especial a las mujeres jóvenes, sean marginados. Joaquina Evitri (2010) ha realizado varios estudios sobre la violación de los derechos de las mujeres y su ciudadanía. Argumenta, que los médicos tienen concepciones subjetivas sobre la sexualidad y la maternidad que están ligados incluso a intereses morales de los grupos de poder que se convierten en discursos políticos. Estas concepciones políticas se manifiestan en las políticas coercitivas para imponer métodos de anticoncepción o esterilización, ello por la idea de que la mujer pobre es irresponsable e inmoral (Evitri, 2010: 114-119)

Se ha afirmado que el trato médico hacia la mujer tiende a colocar a la mujer como objeto, en las palabras de Evitri, son consideradas como “cuerpo-máquina” que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones, deben de colaborar para el médico. Los estereotipos de la mujer se incorporan en los imaginarios del personal de salud, desde una conducta paternalista intentan infantilizar a las mujeres y las subordinan a la hora del parto. A las mujeres se les cuestiona su sexualidad, en algunos casos se burlan y denigran a la mujer por haber tenido relaciones sexuales con su esposo: “como es que lo haces con tu marido, ahora aguántalo”, aludiendo al acto de tener relaciones sexuales:

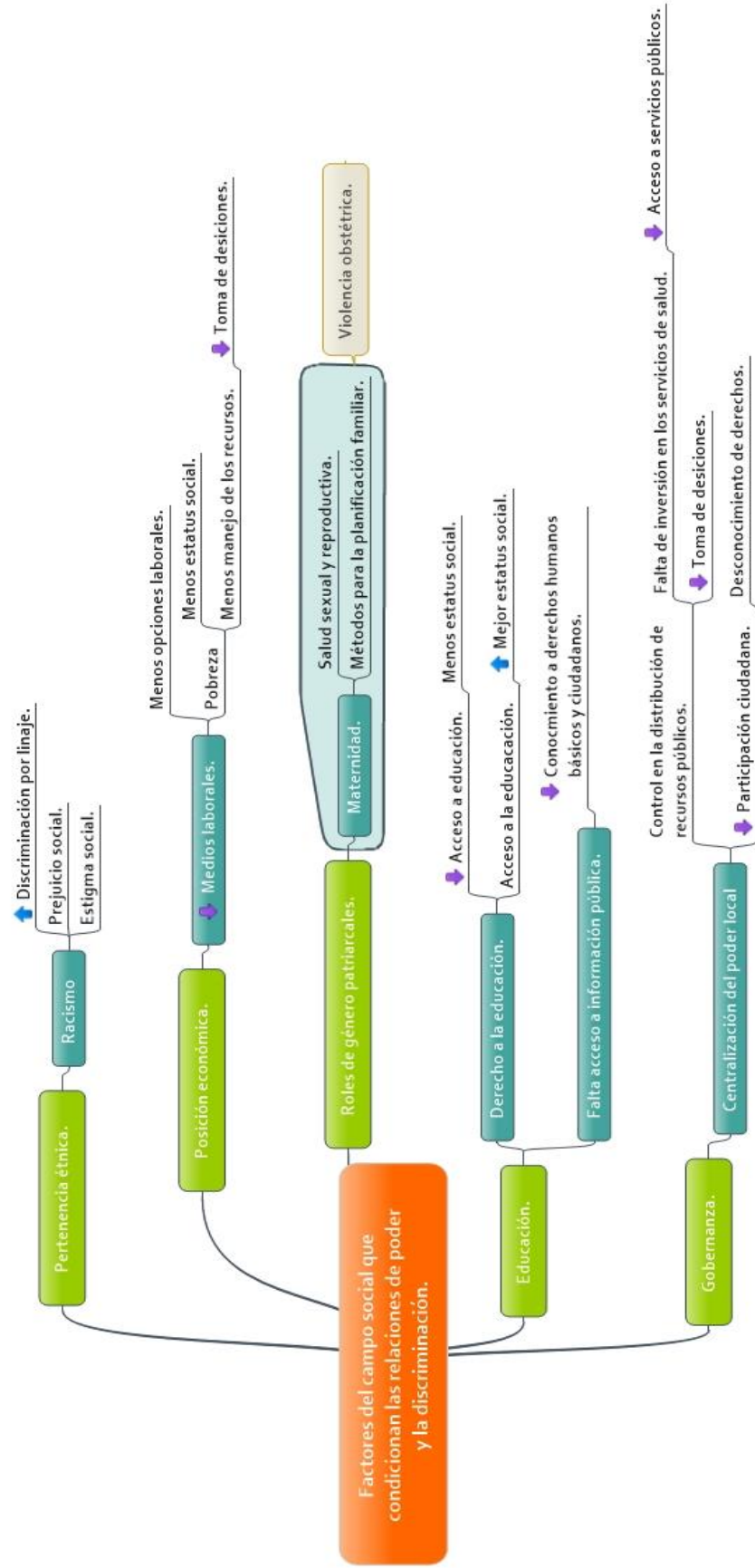
*<< “¡Cállese!, dijo. ... ¡aguántalo! Unos dicen que dicen así: ¡Aguántalo, cómo es que lo haces con tú marido, ahí como es como lo hiciste cuando estuviste con tu marido, pues! ¡Ahora si aguántalo! >> (HDJC27).*

*<< “quién los mandó a buscar marido”, le dijeron a esa mujer. “Si me muero en mi casa que me muera pero ya no vengo aquí”. “hay me dijeron que estaba gritando que quién las manda a buscar marido enfrente de ese doctor, hay no, da vergüenza, >> (HERMC31)*

Otro aspecto sobre la violencia física hacia la mujer, es el daño directo al cuerpo de la mujer. En dos casos, se indicó violencia, una de ellas al “tocar por vaginal” muy fuerte sin avisar, en otro momento le colocaron por bastante tiempo, una olla para que orinara. Aspectos como estos señalan procedimientos médicos específicos que generar dolor y daño físico a las mujeres. En otro caso el daño físico conllevó a la muerte de un bebé por agresión directa. El suegro de la paciente explica que se sentaron encima de ella para apresurar el parto:

*<<se pusieron encima de ella y con las rodillas le hacían así [presionando su parte abdominal], pero así fuerte para que se fuera para abajo. ¡Y qué, si muerto nació el niño!, ¡dice que así le hacían ve! ¡Hay no!>>*

Figura 14: Factores del campo social que condicionan las relaciones de poder y la discriminación.



En estos escenarios se ejemplifica una fuerte agresión al cuerpo de las mujeres donde el uso de poder dominante permite la naturalización de percibir y tratar el cuerpo de la mujer como un objeto anulando la agencia de las mujeres y sus derechos ciudadanos. Tal como se ha desarrollado, el poder simbólico es capaz de construir la realidad social pero además, estructura el lenguaje y la comunicación entre actores. En este caso, el poder proveniente de una estructura patriarcal ha otorgado a ciertos grupos el poder de coaccionar a las mujeres, no sólo porque la misma estructura las ha marginalizado en el orden social, sino porque permite que se reproduzcan relaciones de poder que denigran a la mujer y desvaloran sus derechos humanos y reproductivos.

Recordemos que las relaciones sociales están constantemente estructurándose por medio de su orden social, así como se presenta en el siguiente cuadro. En el Cuadro 5 se contemplan los factores que hasta ahora se han identificado como condicionantes de las relaciones de poder y la discriminación en los servicios de atención en salud pero sobre todo ilustran cómo las diferencias sociales condicionan quienes tienen más poder que otros grupos. Esta investigación confirmó que las diferencias históricas definen fuertemente las desventajas sociales que actualmente viven las poblaciones más pobres y rurales en los servicios de salud.

Pertenecer a un grupo étnico diferente, la posición económica y la educación obtenida son ejemplos de cómo la organización social ha otorgado más derechos a unos grupos que a otros; mientras las poblaciones más parecidas a la cultura dominante acceden con mayor facilidad a los servicios en salud, otros grupos étnicamente diferentes tienen menos posibilidad de recibir servicios del Estado. Recordemos que la posición social define la capacidad de acceder a medios de poder, y por consiguiente algunos grupos sociales tienen mayor poder según el capital social que tengan dentro del campo de poder. En general, las poblaciones rurales pobres tienden a recibir discriminación económica, racial, por su condición educativa y el grado de participación social que tienen dentro de la sociedad; sin embargo, dentro de los servicios de salud, la mujer aún debe enfrentarse ante la violencia de género. La materialización de la discriminación está en sus estructuras, en el orden de sus instituciones y en las relaciones de poder.

Con base en la revisión bibliográfica y a la investigación realizada, el siguiente cuadro comparativo describe las condiciones sociales que establecen las relaciones de poder entre los servidores públicos en salud y las mujeres que llevan a los servicios:

Cuadro 5: Diferencias sociales entre pacientes mujeres y servidores de salud:

Mujeres pacientes.	Servidores de salud.
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estigmatizada y discriminada por su pertenencia étnica o linaje.</li> <li>2. Poblaciones que han recibido mayor violencia estructural al ser excluidas de sus derechos.</li> <li>3. Poca o nada de acceso a la educación.</li> <li>4. Desconocimiento de sus derechos, derechos en salud y métodos de planificación familiar.</li> <li>5. Violentadas por el sistema patriarcal. Dentro de los servicios, se anulan sus derechos en salud y sus derechos reproductivos.</li> <li>6. Nula obtención de capitales sociales y económicos.</li> <li>7. Escasa participación ciudadana. Acceso limitado a puestos de poder local.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Algunos servidores de salud pueden ser estigmatizados por su linaje o pertenencia étnica pero en general no es un estigma que denigre a los trabajadores en salud de manera sistemática.</li> <li>2. También han recibido violencia estructural pero se encuentran en una posición de ventaja ante otras poblaciones mayormente violentadas. Pueden acceder a sus derechos con más facilidad.</li> <li>3. Acceso a la educación y usualmente a la profesionalización.</li> <li>4. Desconocimiento o poca formación sobre los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. Desconocen sobre educación sexual, interculturalidad o igualdad.</li> <li>5. Las mujeres servidoras de salud también pueden ser víctimas del sistema patriarcal dentro de la esfera laboral</li> <li>6. Más acceso a capitales sociales y económicos, mayor estatus social. Tienen más poder por medio de su profesión y autoridad por el conocimiento que manejan.</li> <li>7. Poca participación ciudadana pero tienen mayor posibilidad de ocupar puestos de poder local.</li> </ol>

Fuente: Elaboración propia.

Al observar las diferencias sociales entre las mujeres que reciben el servicio de salud y los servidores de salud, claramente se ilustra que las condiciones son dicotómicas. Sin embargo, aunque pareciera que fueran totalmente contrarias, su diferenciación social no es totalmente opuesta, pues estos espacios sociales son parte de un campo de poder social, donde sus diferentes agentes sociales luchan por posicionarse mejor que otros. Estos espacios sociales tienen diferentes tonalidades y están en constante movimiento lo que hace que la estructura siga moldeando y moldeándose por medio de sus agentes miembros, donde algunos socializan las creencias de la cultura dominante luego de haberlas interiorizado.

Los trabajadores de salud también son parte de los grupos que han sido organizados en función del poder social dominante y asimismo, son víctimas del orden social establecido. Así como pueden ser discriminados por otras personas de otras esferas sociales, ellos pueden ejercer presión y dominación hacia otros grupos sociales menos afortunados. En este caso, el uso del poder por los servidores de salud es oportunista y de los roles que otorgan más poder. Los servidores de salud cuentan con más privilegios sociales y su posición social les permite ejercer poder ante los demás ya sea por medio de sus creencias, religión, el estatus que da la profesionalización, el ingreso laboral, el conocimiento y la etnicidad. A pesar de que el “habitus” de los servidores no sea todas las veces racional, sí es uno de los principales contribuyentes a la violencia dentro de los servicios de salud. Este habitus ha sido naturalizado y cuenta con una validación social.

Las mujeres, por otro lado, cuentan con insuficientes capitales sociales que las posicionen con más poder dentro del orden social. En este caso su rol y posición social es impuesto, y las posibilidades de ser igualmente respetadas depende de varios factores sociales. La violencia estructural ha limitado las oportunidades de acceder al capital económico y político; por de pronto, las mujeres aún están en desventaja social incluso para acceder al conocimiento y la educación primaria.

En esta investigación el orden social que rige las relaciones sociales dentro de los servicios de salud no es exclusivo de un orden local de una sola institución. El orden social proviene de varios factores, de la historicidad, de la presencia de las instituciones públicas actuales, de las condiciones de vida, de las relaciones de poder dentro del espacio social, etc. En la localidad existe la capitalización del poder, entendiéndolo que la posición social implica mayores beneficios sociales asimismo sucede en las relaciones dentro de las instituciones públicas.

Tanto los servidores públicos en salud y los pacientes, ciudadanos, son parte de un sistema social mucho mayor a lo que sucede dentro de una clínica o un servicio de salud. Las dinámicas sociales dentro de los servicios de salud sí son resultado de la conformación social de la localidad y también estructural. La posición social, el nivel de ingresos, el nivel educativo, la pertenencia étnica y el género valoradas en la localidad tienen fuerte impacto en las relaciones sociales durante la atención dentro de los servicios públicos. Vemos que los servidores de salud

tienen otro tipo de estatus dentro del sistema social, en este caso puede deberse al grado de educación, identidad étnica, nivel económico, y profesionalización.

Estas diferencias sociales limitan la libertad de transformar las condiciones sociales. En el ejemplo anteriormente descrito en el Cuadro 5, se explica que la posición de subordinación que tienen las mujeres imposibilita el cambio de relaciones sociales a una relación igualitaria. Es improbable que las instituciones cambien las dinámicas de dominación y subordinación si no hay un cambio de las estructuras mayores al problema. Hay que reconocer que el orden social es creado en este caso por preferencias de los grupos dominantes y que las creencias que la legitiman, tienen el poder de naturalizar las prácticas violentas y discriminatorias.



## VI. CONCLUSIONES

La relación de poder entre los servidores públicos de salud y los usuarios de los servicios de salud es un desafío a nivel global, los mecanismos de maltrato suelen ser bastante similares y se conoce que es uno de los mayores contribuyentes a la no aceptación de los servicios por parte de los usuarios.

Los hallazgos de esta investigación demuestran patrones de violencia por medio del maltrato verbal, coerción, indiferencia, negligencia y abuso físico. Todas las prácticas de discriminación y maltrato documentados tienen una característica principal que las condiciona: el abuso de poder. Efectivamente, la posibilidad de aplicar poder sobre otros permite diversas formas de coaccionar sobre los pacientes y usualmente estos patrones de maltrato se convierten en acciones normalizadas, ya que, de manera regular el ejercicio de poder está legitimado por su entorno social. A pesar que existan lineamientos sobre el derecho a la salud y a una atención libre y respetuosa, las iniciativas por eliminar prácticas discriminatorias han sido casi nulas.

Las instituciones y los servicios públicos, principalmente los funcionarios y prestadores de salud, obtienen diversos tipos de poder. Algunos investigadores han propuesto el poder profesional, que si bien contribuye a las relaciones desiguales en la atención de salud, los resultados demuestran que el maltrato por parte del personal a las pacientes trascienden del poder obtenido por la formación y el conocimiento. Se ha argumentado que el maltrato del personal a las pacientes está altamente relacionado con el trato recibido por los profesionales durante su formación profesional y consecuentemente estos se socializan y normalizan dentro de los centros de atención médica. Sin embargo, la mayoría de casos sostienen que el personal de salud violenta contra las pacientes poco sustentado con el conocimiento médico y profesional; si bien, la jerarquía, la posición que otorga el conocimiento, el puesto y la profesionalización son medios de poder, también son medios que posibilitan y contribuyen fuertemente a la transmisión de otros tipos de poder construidos socialmente. En los casos presentados, la obtención de poder proviene de idiosincrasias y creencias culturales. Las mismas históricamente construidas y socialmente estructuradas por medio de mecanismos de poder económico, político y socio-cultural.

Aunque se conoce que las malas condiciones y la falta de recursos dentro de los servicios de salud son factores que contribuyen a las prácticas desiguales y de maltrato, existen razones que dependen de otras circunstancias sociales, un ejemplo de ello son las diferencias que existen en la atención hospitalaria entre blancos y no blancos, y entre los grupos étnicos, usualmente entre los grupos más favorecidos y los que históricamente han sido excluidos. La construcción de prejuicios sociales y las asimetrías de poder, como la distinción de clases es uno de los mayores factores que contribuyen al maltrato. Existen diversos factores que condicionan y contribuyen las prácticas

discriminatorias y de maltrato en los servicios de salud, se proponen los siguientes cuatro aspectos, las que están establecidas por: a) manejo de políticas públicas y asignación de recursos; b) por las desigualdades sociales, jerarquización y posición socioeconómica; c) diferencias en educación y profesionalización; d) la discriminación, es decir diferenciación en el trato según los prejuicios sociales y culturales sobre los otros, y e) género.

Cuadro 6: Condiciones sociales que permiten espacios de discriminación y maltrato.

Condicionantes sociales.	Descripción.
Políticas públicas y asignación de recursos.	Falta de regulaciones del trato dados en los servicios de salud que incentiven respeto y la promoción de los derechos de las pacientes. La falta de recursos para la mejora de las condiciones dentro de los servicios de salud fomenta prácticas y relaciones negativas. Fomento a la discriminación estructural por la mala distribución de servicios y bienes sociales.
Posiciones socioeconómicas, jerarquización.	La posición social puede contribuir al maltrato, especialmente a las clases pobres. La organización social y las jerarquías están sujetas a ideas de "superioridad e inferioridad", que permiten apropiarse de mecanismos de poder. Esta organización social desigual es conocida como violencia simbólica. También contribuye a la discriminación estructural.
Diferenciación en oportunidades en educación y profesionalización.	La educación y profesionalización es un medio que legitima el poder del personal médico sobre los pacientes.
Prejuicios y discriminación.	Tratos de discriminación por pertinencia cultural, étnica, de clase y estatus socioeconómico, justificados por prejuicios e ideologías. Un ejemplo de ello es la interiorización de prejuicios raciales por agentes de poder (médicos, enfermeras, personal de administración, directores de salud de hospitales, del área, etcétera.)
Género.	Existe un control negativo sobre la maternidad y la sexualidad de las mujeres. Hay una inadecuada aplicación de la "planificación familiar". Usualmente se fuerza a las mujeres a dejar de tener hijos.

Fuente: Elaboración propia.

Las relaciones de poder y la violencia dentro de los servicios de salud no son más que un reflejo de la organización social externa a los servicios dado por medio de procesos de internalización de los valores sociales de los grupos dominantes. El uso de poder dentro de los servicios no es ajeno a la conformación de las relaciones desiguales dentro de la sociedad a la que pertenece, así como existen relaciones asimétricas dentro de las estructuras de clase, también las hay en las relaciones micro y en la organización local de los municipios. Aunque no es similar en su totalidad, existe una réplica sobre las consideraciones sociales que norman las relaciones sociales, la idea sobre la "blancura" por ejemplo, es un estigma que categoriza a los grupos sociales dentro de la organización social.

Es equívoco afirmar que las relaciones desiguales dependen exclusivamente de “algo único”, como la etnicidad, la tez de la piel o el género. Las motivaciones que conllevan a tratos violentos dentro de los servicios son abstractos; creencias sobre modelos ideales de formas de vida, la salud, la sexualidad y la maternidad. Asimismo, existen prejuicios culturales sobre “los otros” que provienen de la idea de la blancura y la adquisición de poder. La persona que suele tener la capacidad de potenciar su poder sobre otros es el que en el ideario local, cumple con las expectativas de la blancura: una persona educada y profesional. No es válido decir que las relaciones dicotómicas entre indígenas y ladinos explica estas relaciones de poder, ya que, la posición socioeconómica puede tener el mismo peso que las creencias culturales, al competir por adquirir una posición de poder, y asimismo, la posición socioeconómica es parte de los valores culturales que validan una posición de poder. Las condiciones socioeconómicas de la población son precarias, y según el acceso al capital social, económico y a oportunidades dentro del espacio social, estos grupos no logran beneficios suficientes para verse representados, en cambio, los prestadores de salud obtienen más posibilidad de acceso al poder por medio de oportunidad de alcanzar manejar ciertos capitales sociales.

Esta investigación muestra la relación entre dos actores que tienen roles definidos por la organización social local, donde las mujeres tienen una posición que las ha limitado de poder y autonomía, y los servidores de salud se apropian de distintos tipos de poder. Las mujeres, debido a su linaje étnico y su posición socioeconómica, han sido estigmatizadas negativamente. El Estado al no otorgar de beneficios sociales a las mujeres, les quita posibilidad de tener poder sobre sí mismas e históricamente las ha colocado en una posición de desventaja social, política y económica. Los casos demostraron que las mujeres no cuentan con autonomía de tomar decisiones. La falta de información sobre los servicios, sobre los procedimientos médicos y sobre la salud sexual y reproductiva es parte de un ciclo que se repite con naturalidad y afecta fuertemente cuando las mujeres no han tenido acceso a la educación y a otras formas de participación social, colocándolas en una posición vulnerable.

Al contrario, los servidores de salud, pueden acceder a posiciones de ventaja social. La educación y la formación profesional han permitido que puedan ejercer poder dentro de la institución. Aunque, en general puedan estar en posiciones de desventaja dentro del campo social local o institucional, en este caso, fácilmente se colocan en una posición de dominación frente a las pacientes. Usualmente los servidores de salud tienen “el conocimiento científico” validado por la institución pública, que suele ser impuesto a las pacientes. Hay que considerar, sin embargo, que los servidores de salud abusan de su poder, pero al mismo tiempo, también son víctimas de las jerarquías dentro del sistema de salud.

Tanto los capitales culturales y los capitales económicos definen las relaciones sociales. Recordemos que los capitales económicos dan la oportunidad de que las personas se posicionen

frente a otros, teniendo la posibilidad de ubicarse en un estatus con más privilegios, especialmente educativos y laborales. El capital cultural también interviene en la adquisición de poder. El manejo de ideologías dominantes altera las relaciones sociales, ha convertido las relaciones idealmente igualitarias a relaciones desiguales. En los casos se presentan una serie de significados sobre “inferioridad” y “superioridad” entre las personas, por lo que las ideologías son un instrumento de poder que crea espacios sociales con roles definidos. La violencia estructural llega a la organización social local, dentro de los municipios y las instituciones públicas, permitiendo prácticas discriminatorias y de violencia.

Es importante subrayar el factor cultural especialmente el ideológico. Los planteamientos elaborados por González Ponciano, ayudaron a comprender la complejidad de las relaciones étnicas y las posiciones de poder que de ellas se establecen. La complejidad de las relaciones étnicas dentro de los servicios de salud debe abordarse en futuras investigaciones, ya que, aún no se tienen evidencias precisas sobre cómo se dan estas relaciones dentro de los servicios públicos. Sin embargo, las relaciones interétnicas son producto también de las ideologías que distintos grupos sociales han apropiado para definirse ante los otros y al mismo tiempo definir a los otros. En estos casos las relaciones sociales y étnicas están vinculadas con la idea de la “ladinización”. Cuilco es un ejemplo particular sobre la discriminación hacia los no blancos, y como resultado, se observó que a pesar que la población de Cuilco sea mayoritariamente “no indígena”, según los datos oficiales, los grupos campesinos pobres viven tratos discriminatorios y denigrantes. Esto denota que las clases mestizas pobres rurales viven los mismos tratos discriminatorios que los grupos indígenas rurales. Ello también indica que la idea de la ladinización permanece como un valor cultural a alcanzar, que determina las relaciones sociales; es decir sobre lograr “la blancura”, la educación, y mejores posibilidades económicas, tener pocos hijos, ser “más modernos”, y sobre el capital social al que se pueda acceder.

A partir de las anteriores premisas, el siguiente cuadro ilustra los factores sociales y culturales que determinan una menor o mayor práctica de maltrato en los espacios de atención en salud:

Cuadro 7: Condicionantes sociales que pueden asegurar menor o mayor exposición al maltrato.

Capital.	Población rural/urbana Etnia o grupo históricamente excluida.	Población rural/urbano. Etnia o grupo menormente excluida.
Menor capacidad de obtención de capital social y económico.	En su localidad recibe mayor discriminación.	En su localidad tiene posibilidad de recibir una mejor atención.
Mayor capacidad de obtención de capital social y económico	En su localidad tiene posibilidad de recibir menor discriminación.	En su localidad tiene mayor posibilidad de no recibir discriminación.

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro anterior presenta una idea general sobre los factores sociales que determinan mayor o menor maltrato y discriminación según las posiciones sociales respecto a la capacidad de obtención de capital social y económico y la pertenencia a un grupo social o étnico. Entre mayor capital social y menor exclusión social, mayores son las posibilidades de recibir un mejor servicio, y entre menor capacidad de obtener capital social, y a la vez, pertenecer a un grupo o etnia históricamente excluido, menor es la posibilidad de recibir un buen servicio.

El habitus de la discriminación y maltrato en los servicios de salud se dirigen fuertemente a consolidar relaciones de dominación sobre las pacientes mujeres. La violencia obstétrica es una representación de los medios de represión que son usuales y normales dentro de la atención; a pesar que no se realizó un estudio profundo sobre la violencia contra la mujer, es importante señalar que la violencia obstétrica es el mayor contribuyente a anular los derechos sexuales y reproductivos, y por consiguiente el derecho a la salud. Se debe reconocer que la represión hacia la mujer dentro de los servicios de salud está sujeta a la organización de los sistemas de salud, principalmente sobre las políticas en salud. Los hallazgos concuerdan que las iniciativas para disminuir embarazos están sujetas a prácticas violentas y discriminatorias por medio del uso de amenazas, burlas, gritos e insultos, que coloca aún más en desventaja a las mujeres.

La violencia obstétrica hacia las mujeres son prácticas que promueven el control sobre sus decisiones durante el parto, especialmente sobre sus cuerpos, usualmente se coacciona a las mujeres a no preguntar, al prohibir quejarse durante el parto, a no gritar, no tomar agua, no comer; y así mismo, como la obligación a operarse como medida de prevención de embarazos.

Como se indicó en los resultados, el personal de salud presiona a la mujer a tomar consideraciones sobre su maternidad, sin embargo se registró que no hay medidas positivas para abordar los derechos sexuales y reproductivos y medidas de prevención de embarazos (según el reporte de los casos aquí presentados). Existe un gran desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos, ya que se creen dañinos. Este problema es igual de importante que los demás contribuyentes al maltrato, ya que representan medidas sugeridas por políticas que no han sido correctamente implementadas.

Los resultados aportaron diversas vivencias de maltrato durante la atención médica desde la perspectiva de las pacientes, aunque la investigación fue realizada en corto tiempo, los resultados se apegan a otras investigaciones circunscritas en distintas regiones realizadas con mayor cantidad de tiempo. Alrededor del mundo se han documentado patrones similares de prácticas violentas en las salas de consulta, lo que reafirma que es un problema de salud global, y las mismas señalan la falta de iniciativas públicas para promover la eliminación de tratos que violan los derechos en salud.

En Guatemala ha sido poco el abordaje investigativo sobre la discriminación en las salas de atención médica, aunque se ha elaborado desde los desafíos que se presentan por las barreras idiomáticas y la inequidad en la distribución de los recursos, por ejemplo, según la localidad y la

distribución étnica, aún falta puntualizar en la desigualdad y la discriminación durante la atención. Es así como los casos visualizan otro tipo de impedimentos sociales para el derecho en salud.

Por último, es oportuno abordar las diferencias dadas en los servicios de salud, entre distintas clases socioeconómicas, entre diversos grupos étnicos, hombres y mujeres, y también, profundizar en las variables que contribuyen al maltrato en relación a políticas de regulación materna-infantil, métodos anticonceptivos y planificación familiar. Además, para romper las prácticas discriminatorias, se deben tomar medidas para la regulación de los tratos en los servicios, especialmente sobre los servidores de salud, al trabajar prejuicios e ideologías separacionistas (particularmente las racistas y sexistas). Igualmente necesario, buscar que los servicios de salud obtengan los recursos necesarios para tener mejores condiciones durante la atención médica, a través de conocer y exigir mayor financiamiento, y demandar una mejor administración.

## VII. RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan algunas ideas para ser tomadas en consideración y estén a disposición para mejorar las condiciones de salud y las prácticas en el trato, basadas en las necesidades que se identificaron tras la revisión bibliográfica, recolección y análisis de información. Las siguientes recomendaciones han sido enfocadas en rescatar que la salud no es exclusiva del sistema de salud pública y que la mejora de los servicios médicos y el trato en los mismos se debe, primordialmente, a la falta de soportes económicos locales y una buena administración y ejecución de los servicios. En general, se recomienda una mayor inversión social y la elaboración estrategias que minimicen reciamente las prácticas discriminatorias y mejoren las relaciones dentro de la atención médica. Y en función de priorizar la salud de las personas, se recomienda el fortalecimiento, el conocimiento y la apropiación de los medios de salud a nivel local.

La salud es un estado de bienestar social que incluye particulares necesidades que preceden del uso de los servicios hospitalarios y clínicos. Previo a la atención de emergencia, debe prevalecer la atención estatal a las necesidades básicas para el bienestar social local de las comunidades y municipios, entendiendo que los derechos básicos deben forzosamente ser otorgados para la permanencia de un bien común y el bien estar de la salud. De manera primordial, dado los niveles de pobreza, es necesario de una mayor inversión económica hacia los municipios mayoritariamente rurales y de una mejor administración de estos recursos públicos. Esto indica que para priorizar el estado de salud de las personas, debe garantizarse el aporte estatal a los derechos humanos básicos, que no se limita particularmente a la atención médica sino a toda su complejidad social. En general, se harán las siguientes recomendaciones: 1) mayor y mejor distribución de recursos municipales; 2) descentralización del poder departamental y municipal de la mano con implementación de procesos de gobernanza local y empoderamiento de las poblaciones locales; 3) apropiación local de medios de salud, tanto tradicionales como occidentales; 4) procesos de resiliencia local, reconocimiento del racismo y la discriminación que se vive a nivel municipal; 5) vigilancia y evaluación de la ejecución, las prácticas y el trato dentro de los servicios hospitalarios, y 6) educación sexual y reproductiva.

### A. Mayor inversión y mejor administración local de los recursos

Se conoce que los municipios más lejanos a la ciudad capital son los centros que tienen menos inversión social para sus poblaciones, acompañado de un mal uso de los recursos y poca atención a las necesidades básicas humanas, tales como el acceso a ingresos económicos, vivienda, alimentación, salud y educación. Mejorar la economía local es uno de los factores que

conlleva a la mejora de las condiciones sociales y sin este, muchas veces no es posible concebir cambios sostenibles. Las condiciones de pobreza deben erradicarse con inversión social y generación programas estatales que conduzcan a ingresos familiares. Por medio de la generación de riqueza es posible que las familias puedan obtener recursos para satisfacer sus necesidades, y con ello, el estado de bienestar y de salud puede incrementar significativamente. Debe focalizarse un esfuerzo inmediato en la buena distribución de los recursos dentro de los municipios pero sobre todo debe garantizarse que el Estado invierta en cada uno de los municipios que históricamente han tenido menor atención pública.

## B. Descentralización del poder municipal y departamental

De la mano con el primer inciso, la descentralización del poder municipal y departamental se considera igual de importante para una sociedad mucho más democrática, incluyente y justa. Se recomienda que se diversifique la participación a nivel departamental y municipal para que los distintos sectores y etnias locales sean representadas y decidan sobre el uso de los recursos según los intereses de cada uno de los municipios y comunidades. A pesar del esfuerzo por incluir a los ciudadanos en las decisiones departamentales o municipales, aún no hay una genuina distribución del poder.

La importancia de generar participación ciudadana se debe a la necesidad de la regulación fiscal de los recursos y la inversión local de los mismos. Asimismo, es común que algunos partidos políticos intervengan en el uso de los recursos para un beneficio individual y no colectivo. Por ello, la descentralización del poder es substancial, donde tanto hombres como mujeres de distintas edades y etnias no sean discriminados de opinar y decidir sobre los recursos estatales, particularmente los que deben de estar inmediatamente al alcance de las comunidades. Esta participación debe ser constantemente trabajada por las autoridades municipales y departamentales. Sin embargo, la participación ciudadana puede quedar corta si en el camino no existe inversión social y procesos de aprendizaje y apropiación de los procesos de gobernanza.

## C. Apropiación prácticas de salud tradicionales y no tradicionales

En este inciso nos referimos a que el uso de los medios en salud debe ser mucho más amplio en cuanto al acceso y a la multiplicidad de los tipos de “curación”, “tratamientos” y prácticas que satisfagan el bien estar de las personas. Con ello, debe incorporarse en la agenda de salud las prácticas tradicionales en salud que sean compatibles con las creencias en salud local pero también aquellas que innoven el acceso a medios de salud y faciliten su utilización, que pueden ser distintas a las prácticas locales. En general, se recomienda que el compartir conocimientos en salud puede facilitar el acceso a la salud y las vías de las que se obtiene. Por ejemplo, alrededor del mundo existen parteras que tienen distintas prácticas con sus pacientes, en ese sentido, compartir otras prácticas que solucionen los problemas locales obstétricos es una solución. Asimismo, esto implica

que las instituciones públicas respondan a las necesidades locales con métodos mucho más incluyentes a las diversas prácticas en salud, por lo que significaría que las personas tengan mayor conocimiento sobre las prácticas tradicionales, e igualmente, se debe asumir que “los medios en salud” locales también sean reconocidos y aprobados dentro del sistema de salud. A través de estas medidas se trabaja en la tolerancia, la integración de distintas culturas sobre el tratamiento y las prácticas en salud, otorgando libertad a las y los pacientes de elegir que tratamientos responden a sus preferencias personales.

Del mismo modo, deben de crearse medios de información sobre la prevención de embarazos, enfermedades, cuidados en salud, y primordialmente sobre sus derechos en salud, tanto para la población en general como para las poblaciones en riesgo, en su mayoría las mujeres, jóvenes, niñas y niños. Si las personas conocen sobre cómo cuidar de su salud y su bienestar se apropian de sus decisiones en salud, y en cuanto exista mayor conocimiento se facilita el gozo del derecho a la salud de las personas y acceden con mayor familiaridad y confianza al sistema de salud, que incluiría los medios privados, públicos o comunitarios. Por último es importante que los medios de salud permanezcan en las comunidades por lo que debe haber una significativa inversión en difusión del conocimiento, información, y recursos para los centros de salud municipales, locales y para los mismos líderes en salud comunitarios, como lo son los curanderos, parteras, comadronas, chamanes, entre otros.

#### **D. Reconocimiento del racismo y la discriminación social**

Si tomamos como referencia que las condiciones que deterioran la vida de las personas se debe a un problema estructural que es difícil de transformar las posibilidades de cambiar el sistema social y sus instituciones permanecen iguales. Sin embargo, se deben de tomar a consideración medidas que quiebren las creencias y las prácticas que limitan esa transformación social por medio de la conformación de prácticas positivas sostenibles que efectivamente permanezcan para el futuro. Es de rescatar que también debe invertirse en transformar las creencias, conocimientos y prácticas. En referencia a las creencias y conocimientos, es necesario que se invierta espacios donde se discutan problemas sociales que desencadenan relaciones de violencia. Se debe tomar en cuenta que debe trabajarse el reconocimiento de las relaciones sociales históricas de las localidades, donde se discutan las relaciones étnicas, la discriminación y el racismo. Así también debe incluirse a los propios agentes sociales que tienen más poder local, quienes trabajen en las instituciones públicas, los ciudadanos, otros líderes políticos e incluso quienes trabajan la salud tradicional.

#### **E. Evaluación de los servicios y vigilancia**

Estos procesos deben ser pensados desde estrategias locales, tomando en cuenta la diversidad de dificultades y oportunidades que se viven en cada región, según: 1) El funcionamiento de los recursos del sistema de salud regional y local, lo que conlleva a implementar medidas de

fiscalización; 2) identificación de actores que pueden fomentar la mala calidad en los servicios y la permisión de prácticas discriminatorias y de maltrato, (alcaldes, jefes de área, enfermeras, doctores); 3) percepciones y creencias de las comunidades sobre el sistema de salud biomédico: sobre su funcionamiento, trato, procedimientos, curación, medicamentos, inyecciones y medidas de control de natalidad, entre otros.

Debe haber una evaluación sobre las experiencias y las perspectivas desde la vivencia de los servidores de salud. Se considera que esta puede contribuir a: 1) conocer los prejuicios que fomentan la discriminación y el maltrato (locales); 2) profundizar en otros factores que generan discriminación y maltrato, especialmente el mal funcionamiento del sistema de salud; 3) generar nuevas rutas para la incidencia, especialmente mecanismos de control para la erradicación del maltrato; y, 4) puede encaminar medios para su involucramiento y participación con el fin de eliminar las prácticas de maltrato y discriminación dentro de los servicios de salud. A través de estos procesos se tiene conocimiento sobre las ideas, creencias, posiciones, recursos, actores que limitan las posibles mejoras en la calidad de los servicios.

En paralelo, es importante que las instituciones de salud involucren al mismo personal público para combatir los malos tratos en salud. En efecto, debe buscarse la vigilancia del personal en beneficio de una atención más humana y respetuosa con las y los pacientes, y condenar las prácticas racistas o discriminatorias. Por medio de evaluaciones y de una retroalimentación se pueden obtener medios para comprender la conflictividad y las raíces de la violencia dentro de los servicios de salud en las localidades, y junto a discusiones transparentes puede mejorarse paulatinamente la relación entre servidor y paciente. No hay que pasar por alto el fomento de una cultura de denuncia de hechos de discriminación ante las instancias públicas responsables de dar seguimiento a estos casos.

## F. Educación sexual y reproductiva y derechos reproductivos

En relación al inciso c, la educación sexual y reproductiva también debe ser garantizada a mujeres, tanto niñas, adolescentes, jóvenes y adultas. Este tema es bastante importante para confrontar distintas prácticas violentas contra la mujer, que incluye la violencia tanto doméstica como en los servicios públicos médicos. Como se colocó en los capítulos anteriores, la mujer ha sido estigmatizada como la causa y la solución al problema del índice de natalidad, la muerte de las mujeres al momento de dar a luz y la alta tasa de mortalidad neonatal e infantil, sin embargo la lucha por disminuir la cantidad de embarazos ha sido poco y muy mal ejecutada.

Dado a que la mayoría de casos de maltrato se debió al conflicto que los servidores tienen al atender a embarazadas y en trabajo de parto, es necesario que al momento de trabajar este tema deba evaluarse la conflictividad dentro de estas relaciones y las creencias que circundan en esta problemática. Usualmente las mujeres viven fuertes prácticas de discriminación por el hecho de tener otro hijo, donde los médicos o enfermeras pareciera no comprender las circunstancias y las

condiciones en las que las mujeres viven, que no permite que puedan decidir sobre sus derechos reproductivos. Se reconoce que existe un gran desconocimiento por parte de ambas partes, donde las mujeres no conocen sus derechos y los servidores, además de no reconocer los derechos reproductivos, no tienen las herramientas necesarias para abordar esta problemática.

La educación sexual y reproductiva va de la mano con el reconocimiento y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos. Si existen medios de formación sobre los derechos reproductivos y sexuales es posible que disminuya la violencia obstétrica, los embarazos en adolescentes, la violencia sexual y la mortalidad materna. Sin embargo, debe considerarse que la difusión de esta información debe ser constante y accesible para todas las mujeres y hombres. En este sentido, los derechos reproductivos no son exclusivos a que se tenga la posibilidad a la “planificación familiar”, al contrario debe dar a las personas acceso libre a educarse sobre estos derechos y que en el momento de recibir las opciones de la “planificación familiar” puedan decidir libremente qué métodos desean. Esto también implica que la educación debe iniciarse a temprana edad y no únicamente al momento de ir a los servicios de salud.

Para algunas comunidades puede ser conflictivo el tema de la sexualidad, usualmente por la identidad religiosa y cultural de las mujeres, muchas veces estos temas son considerados como tabú, que no son comúnmente conversados. A pesar de que pueda haber roces y conflictos es importante abordar estos temas por ser parte fundamental de los derechos reproductivos y humanos de las mujeres.

En cuanto a los derechos reproductivos, las mujeres tienen el derecho de decidir la cantidad de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; además de decidir cómo quieren el parto. Asimismo, hay que recordar que los servicios de salud deben de proteger la intimidad de las adolescentes, niñas y mujeres adultas, la confidencialidad, el consentimiento informado correcto y el respeto a sus creencias culturales o religiosas.



## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Adams, Richard. (2002) *Etnicidad en Guatemala*. CEPAL. Santiago de Chile. Pp. 484.
- Almeida-Filho, et al. (2003): *Research on health inequalities in Latin American and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-200) and descriptive content analysis (1971- 1995)* New York. American Journal of global Health. Vol. 93. No. 12. Pp. 2037 – 2044.
- Arguedas, Gabriela. (2014): *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense*. En *Cuadernos Intercambio sobre Centro América y el Caribe*. San José. Universidad de Costa Rica. Vol 11. No. 1. Pp. 145- 169.
- Belli, Laura F. (2013), “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1 (7): 25-34. Recuperado en febrero 2014 de [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Art2-BelliR7.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf)
- Bernard. R (2006) *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative approaches*. 4 ed. Altamira. United States. Pp. 192, 210
- Bourdieu, Pierre. (1977). *Outline of a Theory of Practice*, (trans. R. Nice). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre. (1989). *Social Space and symbolic power*. Sociological theory, Vol 7. Pp. 17-25.
- Bourdieu, Pierre. (1995): *Outline of a theory of practice*. 10 ed. Traducido por Richard Nice. New York. Cambridge University Press. Pp. 248.
- Bowser D, Hill K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis*. USAID / TRAction Project.
- Camus, Manuela. (2008): *La sorpresita del Norte. Migración Internacional y comunidad en Huehuetenango*. Instituto Centroamericano de Desarrollo y Estudios Sociales, INCEDES. Centro de Documentación de la Frontera Occidental de Guatemala, CEDFOG. Antigua Guatemala, Guatemala. Recuperado en agosto 2013 de [http://www.academia.edu/9292275/La\\_sorpresita\\_del\\_Norte\\_Migraci%C3%B3n\\_internacional\\_y\\_comunidad\\_en\\_Huehuetenango\\_2008](http://www.academia.edu/9292275/La_sorpresita_del_Norte_Migraci%C3%B3n_internacional_y_comunidad_en_Huehuetenango_2008)
- Casaús, Marta Elena. (2006). *Guatemala, linaje y racismo* (3ra. edición.). Guatemala: F&G Editores

- Casaús, Marta. (2009): *Diagnóstico del racismo en Guatemala. Informe general y costos de la discriminación*. 3ra ed. Guatemala. Vicepresidencia de la República de Guatemala. Agencia Española de Cooperación Internacional. pp. 136
- Castro, Roberto. (2013): *Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva*.
- en Agoff, M.C., Casique, I., y Castro R. 2013. *Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. México D.F. Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM. Pp. 145- 165.
- Castro, Roberto. (2014). Génesis y prácticas del hábitus médico autoritario en México. Pp. 178, 191. Recuperado en marzo 2014, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032014000200001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001)
- Castro, Roberto; Erviti, Joaquina. (2003): *La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio*, en López, P. Rico, R, Langer. A. y Espinoza, G. (comps) (2003): *Género y política en salud*. Secretaría de Salud y UNIFEM. México. Pp. 255-296
- Castro-Vásquez, María del Carmen. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. México, Sonora.
- CEGSS. (2014): *Modelo de trabajo*. Recuperado en febrero, 2014 de <http://www.cegss.org.gt/index.php/quienes-somos/modelo-quienes-somos>
- Centro de Derechos Reproductivos. (2013). *Derechos Reproductivos. Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*. Recuperado en febrero, 2014 de <http://www.reproductiverights.org/es/document/derechos-reproductivos-una-herramienta>.
- Cojtí. Demetrio. (1999) *Heterofobia y racismo guatemalteco. Perfil y Estado actual*. In *¿Racismo en Guatemala? Abriendo el debate sobre un tema tabú*. Guatemala: AVANCSO.
- Consejo Municipal de Desarrollo de Cuilco y Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. (2010). *Plan de desarrollo Cuilco, Huehuetenango*.
- Cooper, Lisa A. y Debra L. Roter. (2003): *Patient- Provider communication: The effect of Race and Ethnicity on Process and Outcomes of Healthcare*, en: Smedley, Brian D. et al. *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic Disparities in Health Care*. pp. 594-625. The National Academic Press. Washington. D.C. Recuperado en febrero 2014 de <http://www.nap.edu/search/?term=Unequal+treatment>

- Crissman, Halley P. et al. (2013): *Shifting norms: pregnant women's perspectives on skilled birth attendance and facility-based delivery in rural Ghana*. University of Michigan. Pp.15-23
- Dahlgren G; Whitehead M y Gilson L. (2001) Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective in: *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press. Pp. 309- 319.
- Del Vecchio, Mary-Jo. et al. (2003) *The culture of medicine and racial, ethnic and class disparities in healthcare*, en: Smedley, Brian D. et al. *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic Disparities in Health Care*. pp. 594-625. The National Academic Press. Washington. D.C. Recuperado febrero, 2014 de <http://www.nap.edu/search/?term=Unequal+treatment>
- Erviti, Joaquina. (2010). *Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos* (pp. 101-122), en Alejandra López y Roberto Castro (eds.) *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Udelar/CRIM-UNAM Recuperado en febrero, 2014 de [http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/5\\_Const\\_de\\_los\\_objetos\\_prof.pdf](http://www.crim.unam.mx/web/sites/default/files/5_Const_de_los_objetos_prof.pdf)
- Flores. W. (2008) *¿Así funcionamos?*, en *El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?* Guatemala. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Pp. 104.
- Freedman, Lynn P and Kruk M. (2013): *Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas*. Vol. 384. The Lancet. Pp. 42-43.
- FUNCEDE. (2001). *La salud en los municipios de Guatemala*. Guatemala: FUNCEDE.
- Gall, Francis. (1976): *Diccionario Geográfico de Guatemala*. 2 ed. Guatemala. Instituto Geográfico Nacional.
- García, Inda. (2001). *Introducción, la razón del derecho: entre habitus y campo* en Bourdieu, Pierre. *Poder, derecho y clases sociales*. 2da. ed. Pp.
- González Ponciano, Jorge Ramón; Euraque, Dario (coautor) y Gould, Jeffery L (Coautor). (2004): *La visible invisibilidad de la blanca y el ladino como no blanco en Guatemala*. Guatemala. CIRMA. pp. 305
- Hall, Charles. (2007). *Racismo cultural, notas desde Guatemala sobre una paradoja americana*. In *Racismo en Guatemala - De lo políticamente correcto a la lucha antirracista*. Guatemala: AVANCSO.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos (2006) *Metodología de la investigación*. 4ta edición. MacGraw- Hill. México, D.F. Pp. 850

- INE. (2013). *Caracterización estadística. República de Guatemala 2012*. Guatemala. Pp. 79
- Fundación Mirna Mack. (2006) *La discriminación: de la inefable realidad a su punibilidad en Guatemala*. Ed. Fundación Mirna Mack. Fundación Moncada-Kayon. Guatemala. Pp. 133.
- Mazariegos, Juan Carlos. (2008). *¿Unos vivimos porque otros mueren? El Sistema de Salud en Guatemala, ¿hacia dónde vamos?* PNUD. Vol. 8. Guatemala. Pp. 51-53.
- McMahon, Shannon A. *et al.* (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. Recuperado en febrero, 2014 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/268>.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS. (2014). *Acerca del MSPAS*. Recuperado en mayo, 2014 de <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/mspas.html>
- MSPAS. (2010): *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/ Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala.
- Napier, A. David *et al.* (2014). *Culture and Health*. The Lancet, Volume 384. Pp 1607 – 1639. Recuperado en marzo, 2013 de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61603-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61603-2/abstract)
- Organización Panamericana de la Salud, & OPS/ OMS. (2012). *Centro de Atención Integral Materno Infantil de Cuilco, Huehuetenango. En Apoyo a la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Iniciativa de Maternidad Segura*. Guatemala.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007): *Perfil de los sistemas de salud, Guatemala. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Tercera ed. Washington D.C.
- Pérez, Batista y Suazo, Miguel. (2010): *El consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo*. Vol. XXXV. No. 1. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. República Dominicana. Pp. 7-20. Recuperado en Junio, 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87014544001.pdf>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2007). *Huehuetenango. Informe departamental de Desarrollo Humano*. Guatemala.
- Sáenz. S. (2006) *Diversidad Étnica y acceso diferenciado a los servicios de salud y educación en Diagnóstico del racismo en Guatemala. Investigación interdisciplinaria y participativa para una política integral por la convivencia y la eliminación del racismo. Informe general y costos de la discriminación*. Vol 1. Vicepresidencia de la República. Guatemala. pp. 133

- Salles, Arleen. (2008) *La relación médico- paciente*, en Luna, Florencia; Salles Arleen: *Bioética, nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires. Pp. 480.
- Scrimshaw, and Hurtado, E. (1987) *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. UCLA, Latin American Center. Los Ángeles. Pp. 1, 2.
- SEGEPLAN/URL. (2006). *Mapas de pobreza en Guatemala al 2002*.
- Smedley, Brian; Stith, Adrienne and Nelson, Alan R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. The National Academies Press. Washington. D.C. pp. 782. Publicado en línea: <http://www.nap.edu/catalog/10260.html>
- Weber, Max. (1960) *Los tipos de dominación*. Heintz Peter. (coautor) Santiago de Chile. FLACSO. Pp. 426
- White Ribbon Alliance. 2014. *Promoviendo un cuidado respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva*. Recuperado en abril 2014, de <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/RespectfulCareCharterSpanish.pdf>
- Wolf, Eric. R., 2001: *Figurar el poder, ideologías de dominación y crisis*. CIESAS. México, D.F. Traducción: Katia Rheault. Pp. 430.
- Wolf, Eric. R., con S. Sylverman. 2001. *Pathways of Power. Building Anthropology of the Modern World*. Berkeley: University of California Press.
- World Health Organization, WHO. 2014. The Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility based childbirth.



## IX. ANEXOS

Cuadro 8: Resultado de proceso de codificación.

<b>Primer ciclo</b>	<b>Segundo ciclo</b>	<b>Categorías</b>
Aconsejan Algunos nos valoran Amables Atienden bien Ayuda a la paciente Buena gente Con paciencia Conversación Cuidan Defienden a la paciente Están viendo Me consolaban Preguntan Voz no alzada	1. Cuidado. 2. Explicación. 3. Interlocución. 4. Respeto. 5. Valoración.	Consideración
Apresurar a la paciente Falta de tacto Falta de aviso Falta de comunicación Falta de explicación médica No escuchan No tienen paciencia Se molestan Procuran (tenía prisa el médico)	6. Ausencia de explicación médica. 7. Bloqueo /no escuchan. 8. Cosificación del paciente. 9. Negación.	Desprecio
Estaban jugando Hacerse cargo de sí mismas Mala condición No me hacían caso No ayuda	10. Imposibilitar. 11. Obligación. 12. Poner condición.	Coacción
Estaban jugando Hacerse cargo de sí mismas Mala condición No me hacían caso No ayuda	13. Descuido hacia el paciente. 14. Falta de atención. 15. No hay ayuda cuando se pide.	Negligencia

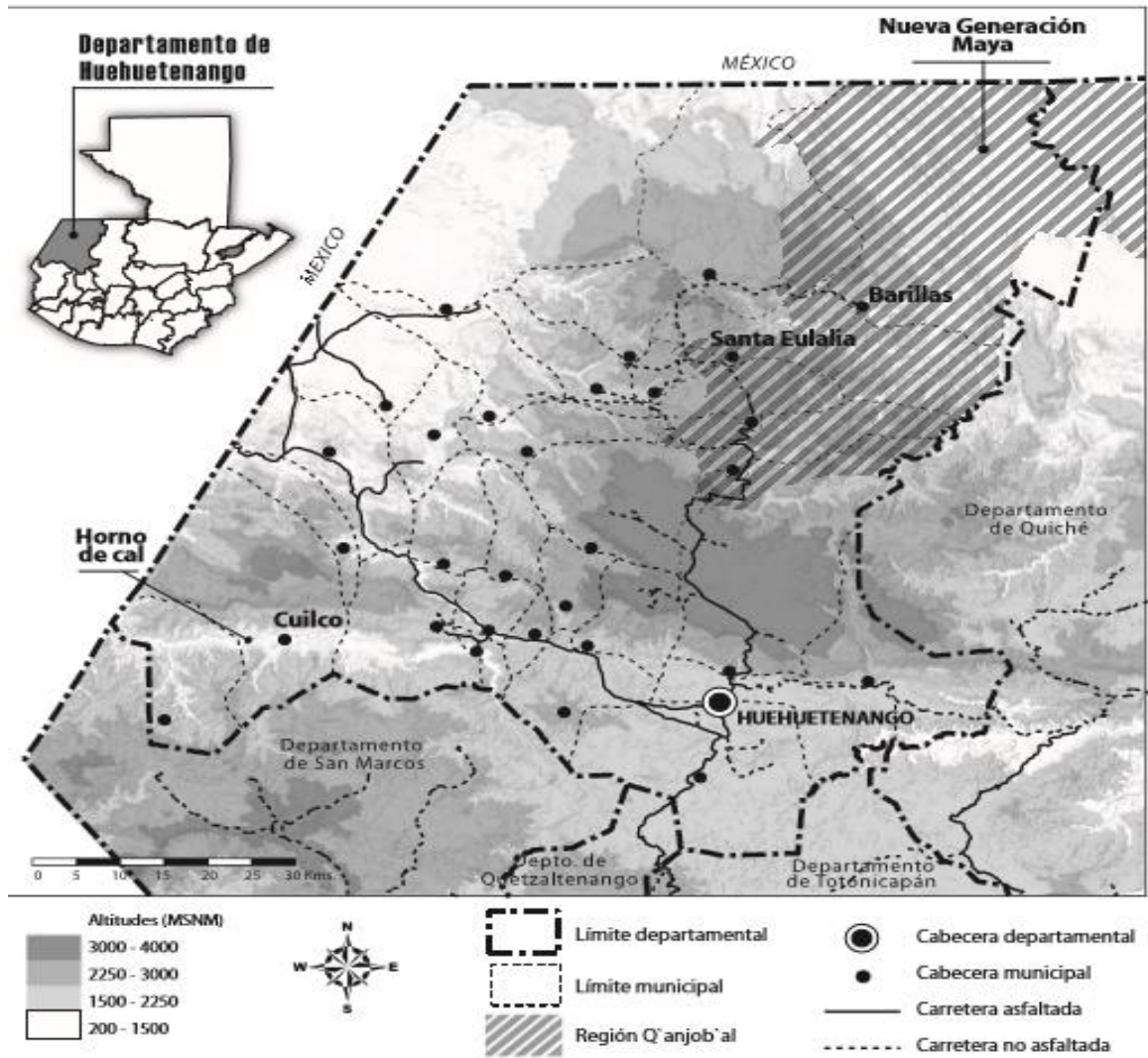
Continuación Cuadro 8.

<b>Primer ciclo</b>	<b>Segundo ciclo</b>	<b>Categoría</b>
Apresurar a la paciente Culpabilizar Infundir miedo Poner carga al paciente	16. Responsabilizar	Transmisión de Responsabilidades
Bravura Se burlan de uno Denigran Discusión Usan palabras golpeadas Gritan Insulto Lastiman Me sentí Nos desprecian Nos dicen unas cosas malas Nos tratan mal Regañan Se molestan Se aburren Son malas Tratan mal Uso de malas palabras Ver como tontas Ofenden	17. Descalificar 18. Desvalorar	Violencia verbal
Daño físico. La golpearon un poco ahí.	19. Agresión física.	Violencia física

### Instrumento guía para entrevistas:

- Nombre:
- Año:
- Lugar:
- Edad
- ¿Cuáles son las partes del episodio?
  - Razón por la que asistió al servicio.
  - Lo que ocurrió exactamente antes del servicio.
  - Lo que ocurrió durante el servicio.
  - Lo que ocurrió inmediatamente luego del servicio.
  - impresión del servidor de salud y del centro de salud.
- ¿Quiénes estuvieron presentes en ese momento?
  - Cantidad de personal que lo atendió ese día y en ese momento.
  - Puesto o rol del servidor de quién ha recibido el maltrato.
  - Roles de las personas de quiénes recibió maltrato ese día.
  - Rol que jugaron los demás servidores de salud en el acontecimiento.
  - Pariente o persona que lo acompañaba ese día.
  - Rol del acompañante en el acontecimiento
- ¿Qué tipo de interacción se tuvo con el servidor?
  - Duración del servicio.
  - Conversación que se tuvo al principio, en medio y al final.
  - Gestos que ofendieron.
  - Palabras que ofendieron.
  - Uso de frases fuertes.
- ¿Cuáles son las frases o palabras que definen lo que fue el maltrato?
  - Palabras que caracterizan el maltrato.
  - Frases que caracterizan el maltrato.
- ¿Qué entiende él/ella por las definiciones del maltrato (discriminación)
  - Connotación de palabras que caracterizan el maltrato (la discriminación).
  - Connotación de frases que caracterizan el maltrato (la discriminación)
  - Conocimiento de otras palabras que definan este maltrato.
- ¿Existen otros actos similares a los descritos en este episodio?
  - Otro episodio similar a este.
  - Otro episodio con partes similares a este.
  - Frecuencia en la que ocurren estos actos.
  - Conocimiento de alguien más que haya vivido algo similar.

Figura 15: Mapa geográfico de Cuilco:



Tomado de: (Camus, 2008: 6)

Cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>JLY se dirigió al puesto de salud de La Laguna porque uno de sus hijos, el más pequeño, tenía mucha fiebre. Eran las 3:30 PM cuando ella llegó al puesto. Al pedir ayuda al enfermero, él "la regañó" porque ella no llegó a la hora en la que atienden. La atendió de forma pesada y no solucionó su problema. Luego ella se dirigió al centro de salud del Rodeo. Desde entonces ella ya no se dirige al puesto de la Laguna. El enfermero solo le dio un poco de jarabe y no le dijo nada más. Ella menciona que no hizo nada malo porque los puestos los cierran a las 4:00 PM. Según las informantes del grupo focal y el presidente de la comisión de salud, su obligación es atender en cualquier momento.</p>	<p>&lt;&lt;Si uno llega tarde se molestan porque están fuera de la hora... Cuando llegué estaba algo molesto, me dijo: usted sabe a qué hora deben estar aquí, a qué hora se atiende". Dijo "Si usted va al Rodeo no la van a atender". Así uno se siente mal... Me dijo: "Me traen a los niños bien graves y quieren que yo los cure así inmediatamente, la medicina da resultado a los dos días"... "nosotros tenemos que hacer la cena, nos tenemos que bañar, tengo que lavar mi ropa"&gt;&gt;</p>	<p>Puesto de salud.</p>	<p>0</p>	<p>"Se molestan con uno"</p>
<p>Comenta que tenía riesgo de aborto por lo que la mandaron al Hospital de Huehuetenango. Menciona que hubo gritos y también uso de malas palabras hacia ella. Ella tenía el suero puesto cuando una enfermera le dijo que se cambiara. Ella no podía cambiarse rápido porque el suero no la dejaba. La enfermera muy molesta le gritó que se apresurara utilizando malas palabras. Otras de las enfermeras la defendieron y luego una de ellas la ayudó a cambiarse. Ella no le dijo nada a la enfermera.</p>	<p>&lt;&lt;"Cámbiate la bata, y cómo le dije yo. Yo con suero aquí en mi mano, y dijo: ¡Aquí está la bata póngaselo!. Luego yo antes de que pudiera quitarme la bata entró y dijo: ¡puta madre para qué chingados buscan marido si no se pueden quitar la bata! Eso fue lo que me dijo la enfermera". "Entró otra enfermera y le dijo: y usted cómo le dijo esas palabras, vino ella y me cambió. Me dijo: ya la vamos a reportar, qué se vaya a dormir, dijo la otra enfermera. Hay que tener paciencia, dijo la otra enfermera" .&gt;&gt;</p>	<p>Hospital General Huehuetenango.</p>	<p>0</p>	<p>"Nos tratan mal". "No lo valoran a uno". "Son malas" "Si nos valoran" (algunas)</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
<p>JOAVER tuvo su primer hijo. Fue al CAIMI con su suegra y su esposo. Comenta que la trataron bien "maso menos amable" y que hay algunos que son malos pero que a ella no le tocó así. A pesar de que no la "regañaron" al tener a su bebé o durante la atención médica, si cuenta que "no le hacían caso". Durante la noche que se quedó en el hospital, ella pedía ayuda cuando le dolía algo pero nadie llegaba a verla (tardaban como media hora) Cuanta también que los enfermeros jugaban naipes mientras ella pedía por ayuda. Menciona que si la regañaron antes por no llevar sus controles.</p>	<p>&lt;&lt;"A mí me trató con amabilidad el doctor, si porque hay unos que regañan, él no. Ahí en el CAIMI hay un doctor que es bien regañón porque siempre quiere que llevemos un control y yo no llevaba mis controles y me regañó. Pero ese día el no estaba" "No, no he escuchado que traten mal. Solo que a veces si no nos ven grabe a uno, no lo atienden. Uno hace el esfuerzo de estar de pie si les da el gusto van a atender. Lo que sí de pura risa están jugando naipes, uno los llama a mí me dolía la pierna tenía harto dolor se me estaba hinchando. Estaban ahí jugando en la puerta y no me hacían caso y yo gritaba. Espere como 30 minutos yo gritando y ellos no me hacían caso y yo harto dolor"- "Yo estaba gritando y ellos ahí en la puerta y mi pierna no se podía mover pero nadie me hizo caso. Y luego ella se levantó en cuanto antes entró una no más entró y me dijo: ¡ah de ser un calambre estiré su pierna! Y me dio unas pastillas y luego me inyectó y no se me quitaba el dolor. Llamó al doctor y creo que una vena se me había hinchado entonces cortaron de nuevo y salió toda la sangre"</p>	<p>CAIMI</p>	<p>0</p>	<p>"No lo atienden a uno", "regañan" "me trató con amabilidad"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>ODIER cuenta que ha ido dos veces al hospital para ir a tener a sus dos últimos hijos. El primero fue en el Hospital General de Huehuetenango y el otro embarazo fue atendido en el CAIMI (C10). En el segundo el bebé murió (C10). En el C9 de ODIER, cuenta que tuvo a su hijo en casa como siempre lo había hecho. A pesar de que todo salió bien con el bebé, ella tuvo problemas por su presión alta. Ella cuenta que se desmayó tiempo después de tener a su hijo. Su esposo la llevó al hospital general de Huehuetenango, donde la atendieron bien. Ella cuenta que vigilaban que estuviera bien y la cuidaban. Cuenta que por esa vez prefiere ir al hospital siempre.</p>	<p>&lt;&lt;Yo sentí que me trataron bien allá en Huehuetenango. Ellas como cambiaban las camas me decían: levántese, y si no puede aunque sea arrastrándose, decían. Si bien amables. Una enfermera aquí en Cuilco vive y trabaja allá en Huehuetenango, ella dice: yo conozco Oaxaqueño y El Rodeo. - "Pero el momento que subió en mi cabeza ahí si quede tendida en la cama. Me llevaron para Huehuetenango el mismo día que tuve al bebé. Ahí me dijeron que de la alta presión padezco. Por eso me quedé con miedo y ahora siempre voy a sanar mejor allá con el doctor" - "Ahora cuando estaba yo cada quién se bañaba. Yo allá no no vi que trataran mal, me llegaban a hablar las enfermeras cuando me llegaban a dar mi pastilla, me levantaban, como yo dormida estaba me hablaban me decían: tómese su pastilla... levántese a tomar su medicina y siempre me preguntaban cómo estaba cómo me sentía. Y yo le decía que ahí bien maso menos, buenas enfermeras"&gt;&gt;</p>	<p>Hospital General Huehuetenango.</p>	<p>2</p>	<p>"Tratan bien"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>En el caso dos C9 de ODIER, cuenta que las enfermeras la llegaban a ver a cada rato. La atendieron muy bien. Le ponían las inyecciones y le daban medicamentos. De Cuilco la trasladaron al hospital general de Huehuetenango al día siguiente de su llegada. Tuvo un parto difícil por lo que tuvo una estadía de una semana. Cuenta que ella se sintió bien atendida. Menciona que no la regañaron en ningún momento. Menciona que le explicaron por qué su bebé yo no pudo resistir para entender qué le había pasado. El bebé había nacido por medio de cesárea, sin embargo, su corazón no funcionaba bien y no podía respirar de manera apropiada. Luego de un tiempo el bebé murió. - Luego menciona que si es cierto que regañan en el CAIMI. Cuenta que la regañaron por gritar pero que más allá de eso no le dijeron nada.</p>	<p>&lt;&lt; "Las enfermeras me atendieron de primero. Lo que me hicieron fue ponerme suero, me pusieron en la camilla me estuvieron mirando pues, poniendo inyecciones. Me decían que lo que yo iba a hacer era ir a Huehuetenango. Y me dieron pura medicina. Saber por qué será porque me trataron bien. Muchos dicen que los doctores son malos pero yo no" -  "Regañan saber por qué a mí no. Pues así me ha pasado a mí" -  "En Huehuetenango también me atendieron bien. Desde antes de que me sacaran a mi bebé me estuvieron mirando, así examinando digamos. Esa misma noche me llegaron a ver, dos médicos me atendieron y las enfermeras ¿acaso se van? Ahí están dando vuelta y vuelta. Lo llegan a ver a uno. El bebé ya no aguanta estar ahí, dijo el doctor y me lo sacaron. El bebé latía mucho el corazón ya no podía. Gracias a la operación todo me fue bien". Regaño por grito en el parto: "A mí me traban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... haya no, haya no les gusta. Allá en el CAIMI si nos ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si ..</p>	<p>Hospital General Huehuetenango y CAIMI.</p>	<p>3</p>	<p>"Regañan", "tratan bien"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>ODIER comenta la historia de una señora de Oaxaqueño que se quemó y la llevaron al hospital de Huehuetenango. Le contó que a ella la trataron mal, no la ayudaban a bañarse y las apresuraban a que ellas solas lo hiciera (MQ y la mamá). ODIER dice que sí las regañaron y les hablaban recio.</p>	<p>&lt;&lt;"Había una mujer que se quemó con agua, todo el cuerpo. Y ella estaba quemada, como sin poder levantar. Como lloraba la enferma lloraba la mamá también. Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo, rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levántate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover. Pues le decía (a la mamá) ¡levántelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas. &gt;&gt;</p>	<p>Hospital General de Huehuetenango.</p>	<p>-</p>	<p>"Tratan mal"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>JOAVER tuvo su primer hijo. Fue al CAIMI con su suegra y su esposo. Comenta que la trataron bien "maso menos amable" y que hay algunos que son malos pero que a ella no le tocó así. A pesar de que no la "regañaron" al tener a su bebé o durante la atención médica, si cuenta que "no le hacían caso". Durante la noche que se quedó en el hospital, ella pedía ayuda cuando le dolía algo pero nadie llegaba a verla (tardaban como media hora) Cuanta también que los enfermeros jugaban naipes mientras ella pedía por ayuda. Menciona que si la regañaron antes por no llevar sus controles.</p>	<p>&lt;&lt;"A mí me trató con amabilidad el doctor, si porque hay unos que regañan, él no. Ahí en el CAIMI hay un doctor que es bien regañón porque siempre quiere que llevemos un control y yo no llevaba mis controles y me regañó. Pero ese día el no estaba" "No, no he escuchado que traten mal. Solo que a veces si no nos ven grabe a uno, no lo atienden. Uno hace el esfuerzo de estar de pie si les da el gusto van a atender. Lo que sí de pura risa están jugando naipes, uno los llama a mí me dolía la pierna tenía harto dolor se me estaba hinchando. Estaban ahí jugando en la puerta y no me hacían caso y yo gritaba. Espere como 30 minutos yo gritando y ellos no me hacían caso y yo harto dolor"- "Yo estaba gritando y ellos ahí en la puerta y mi pierna no se podía mover pero nadie me hizo caso. Y luego ella se levantó en cuanto antes entró una no más entró y me dijo: ¡ah de ser un calambre estiré su pierna! Y me dio unas pastillas y luego me inyectó y no se me quitaba el dolor. Llamó al doctor y creo que una vena se me había hinchado entonces cortaron de nuevo y salió toda la sangre"</p>	<p>CAIMI</p>	<p>0</p>	<p>"No lo atienden a uno", "regañan" "me trató con amabilidad"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>ODIER cuenta que ha ido dos veces al hospital para ir a tener a sus dos últimos hijos. El primero fue en el Hospital General de Huehuetenango y el otro embarazo fue atendido en el CAIMI (C10). En el segundo el bebé murió (C10). En el C9 de ODIER, cuenta que tuvo a su hijo en casa como siempre lo había hecho. A pesar de que todo salió bien con el bebé, ella tuvo problemas por su presión alta. Ella cuenta que se desmayó tiempo después de tener a su hijo. Su esposo la llevó al hospital general de Huehuetenango, donde la atendieron bien. Ella cuenta que vigilaban que estuviera bien y la cuidaban. Cuenta que por esa vez prefiere ir al hospital siempre.</p>	<p>&lt;&lt;Yo sentí que me trataron bien allá en Huehuetenango. Ellas como cambiaban las camas me decían: levántese, y si no puede aunque sea arrastrándose, decían. Si bien amables. Una enfermera aquí en Cuilco vive y trabaja allá en Huehuetenango, ella dice: yo conozco Oaxaqueño y El Rodeo. - "Pero el momento que subió en mi cabeza ahí si quede tendida en la cama. Me llevaron para Huehuetenango el mismo día que tuve al bebé. Ahí me dijeron que de la alta presión padezco. Por eso me quedé con miedo y ahora siempre voy a sanar mejor allá con el doctor" - "Ahora cuando estaba yo cada quién se bañaba. Yo allá no no vi que trataran mal, me llegaban a hablar las enfermeras cuando me llegaban a dar mi pastilla, me levantaban, como yo dormida estaba me hablaban me decían: tómese su pastilla... levántese a tomar su medicina y siempre me preguntaban cómo estaba cómo me sentía. Y yo le decía que ahí bien maso menos, buenas enfermeras"&gt;&gt;</p>	<p>Hospital General Huehuetenango.</p>	<p>2</p>	<p>"Tratan bien"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>En el caso dos C9 de ODIER, cuenta que las enfermeras la llegaban a ver a cada rato. La atendieron muy bien. Le ponían las inyecciones y le daban medicamentos. De Cuilco la trasladaron al hospital general de Huehuetenango al día siguiente de su llegada. Tuvo un parto difícil por lo que tuvo una estadía de una semana. Cuenta que ella se sintió bien atendida. Menciona que no la regañaron en ningún momento. Menciona que le explicaron por qué su bebé yo no pudo resistir para entender qué le había pasado. El bebé había nacido por medio de cesárea, sin embargo, su corazón no funcionaba bien y no podía respirar de manera apropiada. Luego de un tiempo el bebé murió. - Luego menciona que si es cierto que regañan en el CAIMI. Cuenta que la regañaron por gritar pero que más allá de eso no le dijeron nada.</p>	<p>&lt;&lt; "Las enfermeras me atendieron de primero. Lo que me hicieron fue ponerme suero, me pusieron en la camilla me estuvieron mirando pues, poniendo inyecciones. Me decían que lo que yo iba a hacer era ir a Huehuetenango. Y me dieron pura medicina. Saber por qué será porque me trataron bien. Muchos dicen que los doctores son malos pero yo no" -  "Regañan saber por qué a mí no. Pues así me ha pasado a mí" -  "En Huehuetenango también me atendieron bien. Desde antes de que me sacaran a mi bebé me estuvieron mirando, así examinando digamos. Esa misma noche me llegaron a ver, dos médicos me atendieron y las enfermeras ¿acaso se van? Ahí están dando vuelta y vuelta. Lo llegan a ver a uno. El bebé ya no aguanta estar ahí, dijo el doctor y me lo sacaron. El bebé latía mucho el corazón ya no podía. Gracias a la operación todo me fue bien". Regaño por grito en el parto: "A mí me traban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... haya no, haya no les gusta. Allá en el CAIMI si nos</p>	<p>Hospital General Huehuetenango y CAIMI.</p>	<p>3</p>	<p>"Regañan", "tratan bien"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si se va a mover más peor va a salir! Una enfermera nada más gritaba, ¡no se muevan que no grite!. Acaso no vamos a gritar, acaso es alegre. Pero los doctores qué saben. Pero hay doctores y enfermeras que son buenas otras que no. Yo que he tenido mis bebés no sé gritar tanto, solo remacho los dietes. Hay otras que cómo gritan, que lástima da oír. En el momento que me iban a hacer cesárea, los doctores pensaron que iba a sanar ese día. Una noche me tuvieron enterita. Yo igual con el dolor y todas las señoras ahí ya sanaron y las que gritaban, como las regañaban. Qué quiere que yo haga, si no puedo...decía una"</p> <p style="text-align: center;">&gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>ODIER comenta la historia de una señora de Oaxaqueño que se quemó y la llevaron al hospital de Huehuetenango. Le contó que a ella la trataron mal, no la ayudaban a bañarse y las apresuraban a que ellas solas lo hiciera (MQ y la mamá). ODIER dice que sí las regañaron y les hablaban recio.</p>	<p>&lt;&lt;"Había una mujer que se quemó con agua, todo el cuerpo. Y ella estaba quemada, como sin poder levantar. Como lloraba la enferma lloraba la mamá también. Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo, rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levántate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover. Pues le decía (a la mamá) ¡levántelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas. &gt;&gt;</p>	<p>Hospital General de Huehuetenango.</p>	<p>-</p>	<p>"Tratan mal"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>ODIER comenta sobre el caso de su prima MABSER. A quién por descuido le dejaron parte de la placenta dentro. Cuando la operaron de nuevo, ODIER dice que le quitaron de una vez la placenta. Menciona que a ella si la trataron mal porque de una vez se quedó sin placenta. Y que dice la prima que por jugar naipes a ella no la atendió bien.</p>	<p>&lt;&lt;"Sí, por jugar ya no me atendieron bien", dice ella. Todas las veces que yo fui para allá. Depende de uno también porque a veces de repente depende si obedece uno, de repente el carácter, o no sé. Ya ella dice que siempre la tratan mal. A veces no me hacen caso y a veces ni medicinas hay. A ella no la atendieron bien, le dejaron la placenta adentro. Ya después que se fijaron que dejaron la matriz adentro, de una vez le sacaron la matriz. Y pues que dijo que dijeron los doctores que si ahora lo vamos a sacar la matriz porque ya no tiene remedio la matriz Ahora ya quedó como muerta" - "Con ella si la trataron mal. Dice que la iban a dejar bien, y la dejaron sin matriz. Y cabal después de hacer esa</p>	<p>CAIMI</p>		<p>"Tratan mal"</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>operación le dejaron 9 días abierta la herida, le limpiaban lo lavaban pero abierto"&gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
DFRABA comenta el caso de su nuera, quién fue al CAIMI por su parto. Tiene 28 años tuvo cuatro hijos, tres niños y una niña. Dice que la regañaron porque tenía ya muchos hijos. Comenta que sólo con el tercero la trataron así, ya con el primero y el segundo no le dijeron nada.	<<"Dice que hay unos son bravos, regañan "para qué quieren tantos hijos" así le dijeron. Tiene 28 años y tiene cuatro hijos, 3 varones y una niña" - "Esas enfermeras a veces regañan y enojan. Los tres los tuvo ahí y uno acá en la casa. Tal vez cuando no nos regañan hay un buen servicio. Si nos regañan no nos atienden bien. Unos serán que no tienen paciencia. Yo me gustaría que tuvieran paciencia pero como no tienen paciencia">>	CAIMI	1	"No tienen paciencia", "mal trato", "no atienden bien", "regañan" "trato con paciencia"

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
REIBA, nuera de DFRABA. Comenta que al llegar al hospital la atendieron rápido. La pusieron a caminar y luego la atendieron cuando ya tenía bastante dolor. Dice que los que no atienden bien son los que regañan por tener hijos y además por gritar cuando se está en trabajo de parto. Menciona que algunos son buenos y hay otros que tratan mal, es decir que no son todos los enfermeros ni doctores. Menciona que cuando le gritaron nadie más estaba con ella.	<< "Cuando no me hubieran dicho nada me trataron bien pero como me regañaron pues fue malo... mal servicio pues" "Hay unos que son buenos hay otros que nos tratan mal. Algunos lo cambian a uno, me pusieron mi ropa. Los que no atienden bien, regañan. Dicen "por qué se meten a tener hijos y luego vienen a chillar aquí". Una no más. Como no estuve tanto tiempo ahí solo tres días. Antes de tener el niño yo gritaba por el dolor así me dijeron: ¡por qué se mete a tener hijos después viene chillando aquí! eso me dijo. Y como uno está con dolor ya no pude yo contestar. ¿Acaso podemos aguantar el dolor? No se puede" - "Yo le dije que me	CAIMI	0	"Desprecian", "tratan mal", "mal trato" "regañó" "alta la voz", "no atienden bien", "mal servicio".

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
	duele. Me dijeron: Duele, pero aguántalo, no este gritando. Pero si no aguanto, dije yo por el dolor. Ya cuando ya terminé... ya ahí la comadrona que me entregó dice que si regañó el doctor: como si la estuvieran matando el doctor, dijo la comadrona" - "Cuando me gritó sola ella estaba ahí, nadie más. Si todos fueran bravos ya nadie llegaría por eso solo son unos cuántos enfermeros. Cuando los regañan es igual a maltratar. Nos desprecian pues" - "Nos están maltratando y uno se siente mal pues cuando regañan, pues nos dicen unas cosas malas">>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
PSCP comenta que ha ido al hospital las dos veces que ha tenido a sus dos bebés. Tiene una niña que tiene cinco años y otro niño que va para los dos años. Menciona que la trataron bien en el hospital. Dice que a ella no la regañaron y tampoco la ofendieron. Dice que la trataron normal. A pesar de que dice que fue un servicio, si menciona en uno de los casos un mal trato. Comenta que no las dejan gritar y que les dicen que no griten, en una forma moderada. - Si menciona que en el puesto de salud de El Rodeo se sintió ofendida por que le dijeron que	<< "A veces nos dicen algo malo, si pues. Que ya no tenga hijos más luego y que por qué quiero tanto hijo, que ya basta con eso. Si pues. Aquí en el Rodeo, en el puesto. Que por qué tengo luego a los hijos... si pues. Como uno no puede. Dicen que uno puede así natural pero no se puede. Y así digamos con medicamentos o inyecciones o pastillas" - "A veces le dicen que no tengamos más hijos. ¿Y si uno quiere tener? Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos no queden desnutridos. Eso nos dicen. Pero no se puede. Así por	Puesto El Rodeo y CAIMI	0	"regañan", "ofenden"

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
dejara de tener hijos.	eso si regañan. De qué por qué me había embarazado luego y que la cesárea no va a resistir. Yo me sentí mal porque ellos me dijeron así. Dicen, no llegan ni a los dos años y ya tienen otro"... - "Cuando gritaba si me decían que me calmara de qué por qué estaba gritando y de que ahí se me estaba acabando la fuerza, me lo decían medio amable no estaban regañando no estaban enojados, normal">>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
Ella llegó un día domingo al hospital de CAIMI. Pero como era ya de noche no había nadie que atendiera, ningún doctor. Solamente estaban las enfermeras que la pusieron a caminar y le administraron suero. Su mamá le dijo que mejor se fueran para Huehuetenango, por eso fue a tener a su bebé allá esa misma noche, luego de que la atendieran en el CAIMI. Al parecer en HGH la atendieron doctores extranjeros ya que menciona que no son de acá y no se entienden lo que dicen.	<<"Cuando tuve el parto no me dijeron nada, todo estuvo bien. Me trataron con cuidado todo, todo bien si pues. Todo estuvo bueno" "Llegué un día domingo. El día lunes ya me atendieron cuando llegaron los doctores. El domingo no se pudo porque no había nadie. Me pusieron suero. Allá lo atienden bien en el hospitalito CAIMI" - Me fueron a revisar, me pusieron suero. Al otro día ya me llegaron a atender. Ellas llegan a vernos en la noche las enfermeras. Como era de noche nos llegaban a ver. Todavía no había despertado por la anestesia, ellas me llegaban a ver. Me preguntaban cómo estaba y cómo me sentía si sentía más recio el dolor me daban pastillas para que se me quitara. - "Al buen rato como a	CAIMI y Hospital General de Huehuetenango	-	"Tratan bien". "Son buenos". "Consolar" "Trato con cuidado" "regañan"

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>las 8 me dijeron que ya estaba bien y que ahora nada más frutas y agua pura va a tomar, me dijeron "En cambio en Huehuetenango, con camilla me llevaban los doctores a cada rato las enfermeras pasaban. Habían más mujeres allá en Huehuetenango" - "A mí me salió todo bien, me atendieron bien los doctores que me atendieron en el parto, como dos o tres como ahí se amontonan para el parto. Cuando estaba en la camilla si estaba medio gritando, pero como estaba ahí una doctora me decía que no que ya va hacer espere unos minutos. Por fin que así fue. Me decían usted ya va a sanar son minutos, me decían. Me llevaron a un cuarto donde llevan a la gente que está sanando. Pues allá como solo uno fui a tener me trataron bien. En cambio allá en Cuilco... Hay unos que regañan dicen, pero allá en Huehue no. Saber de dónde serán los doctores de allá porque apenas se entiende lo que están diciendo" No sé si a todas pero a mí me atendieron bien. - "Me atendieron bien en el parto, porque dicen muchos que regañan, que cuando están gritando, muchos que regañan los doctores. En cambio allá no, ahí las enfermeras me consolaban. Me consolaban pues, cuando yo ya iba a sanar</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
	<p>me decían que usted ya no tarda que va a sanar y yo ya como tenía pocos días de dolor. Ellas me decían que no que ya es menos lo que me falta, que ya para el rato de media hora usted ya va a estar sana con su niño. Ya uno con ese dolor uno" - La doctora decía que no pusiera tanta fuerza, pero uno cuando está con el dolor uno pone fuerza. Me decía usted no más respire profundo, decía, nada de poner fuerza porque todavía no ha llegado y si va a poner fuerza va a usted ya a la hora de ser el momento del mero parto ya usted no va a tener fuerza. A mí no más me dijeron que nomás respirara con la nariz y no con la boca. Si me enseñaron cómo... ¡usted respire solo con la nariz y profundo, y que nada de poner fuerza y nada de quejar... ay pero con ese gran dolor!... Así me dijo la doctora nada de estar quejando porque si uno queja es igual a que usted estuviera poniendo una fuerza, dijo"&gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
<p>Tuvo que operarse de nuevo porque le había quedado un poco de placenta y eso le causaba mucha fiebre como una infección muy fuerte. Dice que la atendió bastante bien.</p>	<p>&lt;&lt;"No sé si con todas, muchos dicen que hay enfermeras que regañan. Cuando fui a sanar con mi nene fui a Huehuetenango, bien buena gente la doctora. La enfermera se quedó toda la noche y estaba platicando. ..Ya no me recuerdo qué me decía"</p>	<p>Hospital General de Huehuetenango.</p>	<p>-</p>	<p>Buena gente. Amable</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
Su primer hijo lo fue a tener a un hospital. Sus contracciones aparecieron un día antes de sanar. Luego de la noche anterior, llegaron a las 10:00 am al CAIMI, donde a la hora nació su hijo. Junto con ella iba su esposo, padres y la comadrona. Dice que la aconsejaban y la ayudaban con medicamentos y que a la hora de dar a luz también le enseñaron como respirar. Aunque dice que la atendieron muy bien y que fue un buen servicio, cuando se pregunta si han tratado sin respeto, ella menciona que eso sí sucede. Dice que fue el doctor	<< "Sin respeto, sí. Porque ahí no van a decir cómo hay que le van a decir como uno sana en la casa: con cuidado, este... con cuidado al caminar, o así pero allá no. Pero allá no, si tenés dolor, si uno está gritando "¡Cálmate!, dice. ¡"Cálmate, no con gritar se te va a quitar el dolor! ... "¡no con el grito se te quita el dolor!", dice" "¿Y le gritan a uno? Si, si pues. Y usted ¿cuándo estaba con dolor le dijeron eso?- Si, si pues. Así me dijeron cuando anduve con dolor: "¡no esté gritando, no con el grito se le va a quitar el dolor!" - "Muy que llegué me atendió un doctor y	CAIMI	-	Sin respeto. Gritan. Regañan. Voz alta.

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
quién le dijo que se calmara y que dejara de gritar dos veces, cuando llegó y en el parto. Sintió que la trataron sin respeto.	luego una enfermera ya después llegó un doctor y dos enfermeras, entonces son los que estaban cuando yo sané. Lo único que me dijo el doctor es que ya mero va a sanar y pone usted su fuerza y enseñó a respirar, "suspira fuerte" y así dijo la enfermera también. Cuando lo tuve me fueron a tirar al otro cuarto ahí y me fueron a acostar, entonces me dijo ya se puede levantar váyase a bañar. Si tiene dolor avisa y le vamos a dar pastillas" - "Nos atendían bien. Nos miraban a cada rato cuando lloraban. Si el bebé estaba cambiado o mojado. Ya			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>DFLO Inmediatamente menciona que no le agradó el hospital porque es muy frío. Comenta que no quiere regresar al hospital porque no la atendieron bien. Dice que cuando pedía por alguna pastilla para el dolor de cabeza no se la daban, ella gritaba y ni caso le hacían. Dice que hay enfermeros buena gente y otros malos. Cuando ella pedía ayuda para pararse no se la daban y le hablaban recio. Cuando llegó al hospital, le hicieron el chequeo y le dijeron que faltaba 3 cm de dilatación, la pusieron en camilla, suero y la dejaron sola. Cuando tuvo a su hijo, no le gustaba que la fueran a tocar tanto y la forma en que lo hacían (por vía vaginal). Cuanta que le gritaron cuando tenía que ir a bañarse y la regañaron por tener tantos hijos. Por lo que es este caso se identifican gritos, regaños, malas caras, y negligencia médica. También comenta que les piden de regreso los pañales y una botella de cloro pero a ella se lo cobraron directamente.</p>	<p>en la noche lo cuidaban al bebé. Y cuando estaba llorando en la noche nos lo llevaban para que les diéramos de mamar. Si" "Pues se siente uno bien yendo al hospital" De día nos cuidaba un doctor y de noche a una enfermera. En la noche miraban cómo estaban los niños denle de qué mamar. Ya la que estaba operaba lo abrazaba, lo ayudaba a sentarse a la otra... la que tenía suero. Dos veces parece que se le reventó el suero... era buena la enfermera y el doctor también. &gt;&gt; &lt;&lt;"Yo les dije que tenía harto dolor y entrando ahí me pusieron suero y me dejaron sola ahí, sola estaba ahí batallando con el dolor, me dejarían una media hora y ya estaba yo sola. Me entró una enfermera bien mala, me dijo, hay señora usted tiene ganas de orinar, dijo, orina aquí dijo. Me entraron un, un...como aquellas sartenes, hay me fue a poner debajo de la cintura (señalando lo grande que era el recipiente) aquí ve... y ahí lo dejó. Y tardé como media hora ahí, con esa cosota" "Y yo me quedé con aquél dolor de cintura"- "Me dijo las enfermeras de allá que ¡usted ya está bien señora, ya no siga teniendo hijos!, dijo ¡Usted tiene planificación! me dijo la enfermera". - "Fueron dos que me atendieron. No me gustó, Había una enfermera que entraba y me iba a tocar por vaginal me</p>	<p>CAMI</p>	<p>-</p>	<p>Regañan. Son malas. Son bravas.</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>tocaba a cada rato, hay lo que no me gustó. Había una malota es la que iba a tocar cada rato, ya cuando ya sané" - "Esa mañana a las seis si me dijeron que fueran a bañarse que ya va a pasar los doctores para revisar, pasó diciendo una enfermera. Y como yo acababa de tener a mi hijo, hay dios... Al otro día ya cuando me levante empecé a bañar yo un gran frío tenía, ya no me levanté a bañar. Me dijo pues: ¡señora ayer sanaste ya es hora de levantarse a bañar en el baño hay agua!, dijo. Hay y como yo no podía, tenía dolor pues, lo sentía. ¡Acá no es sus casas!" dijo: ¡aquí váyanse a bañar! Bien malota, hizo carotas" - "Yo a esas enfermeras va de pedirle pastillas por ese frío y para el dolor de cabeza ya si me daban y para el pañal, porque mucha hemorragia me baja. Ya cuando salí hicieron cuenta para los pañales. Pagué pues, se paga se van a dejar 2 y un litro de cloro, se paga los pañales que habíamos usado, nomás van a dejar los pañales, pañales nos dan pañales vamos a dejar de una vez" ¿Sintió alguna ofensa? Si pues, cuando me dijo señora todavía está tendiendo hijos siendo señora. Me dijo que de una vez me operara y que dejará de tener tanto hijo, tanto parir hijos. Hay me sentí yo con esa palabra, si lo sentí. &gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
MAR comenta que ha ido dos veces al hospital a dar a luz y que a sus demás cinco hijos los ha tenido en casa, a veces sola o a veces con la comadrona. En este C18 fue al CAIMI por dolores fuertes de parto. Al llegar tuvo a su bebé pero luego la querían remitir al hospital de HGH. Ella comenta que le querían cobrar dos bancos de sangre que según ella no había utilizado. Le estaban pidiendo al esposo que los pagara. Cuenta que una su hermana llegó y se ofreció para dar sangre pero igual a ella no le pusieron nada. También fue	<< "Solo donde me regañaron pues aquí en el hospital en el CAIMI con el otro chamaco (C18) Aquí si me regañaron me dijeron así ¿y el papá? Borracho. Solo para hacer hijos son buenos así me dijeron. Mire pues no es un responsable papá ustedes solo para hacer hijos son buenos me dijeron las enfermeras ahí. "Si no viene su esposo con el dinero la vamos a mandar a Xela" así me dijeron, no sé a dónde me iban a remitir. Lo voy a quitar el bebé me dijeron. Le agarré yo mi nene, yo bien agarrado lo tenía yo aquí y me senté, le agarré a mi nene	CAIMI Hospital General de Huehuetenango.	1	Regaño. Amenaza. Alta la voz.

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
víctima de regaños y de amenazas por las enfermeras. Su esposo había tomado algo (dice ella que por la felicidad o no sabe de tener un niño otra vez). La enfermera la criticó diciéndole que para qué tienen niños si el esposo está borracho y que si el esposo no iba a pagar por los dos bancos de sangre se la iban a llevar para Xela y que se iban a llevar al bebé. Ella con miedo sostuvo a su bebé y no lo soltaba. Luego la remitieron para el HGH, donde le preguntaron al chofer de la ambulancia de que	así, yo no lo soltaba. Cuando me dijeron: prepárese usted ya se va para la ambulancia ya está listo. Bueno dije yo me preparé, compuse mis pañales y agarré la mochila, agarré mi nene y salí caminando del hospital y me metí a la ambulancia, me fui para HGH. Yo abrazado llevaba a mi nene no lo dejaba a mi nene" Entró la enfermera y dijo: mire su esposo está borracho solo para hacer hijos son buenos dijo. ¿Y ahora cuándo va a traer el dinero? Dijo así. Le dije yo que no tuviera pena y que para qué			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>por qué la habían llevado si ella ya estaba estable. MAR dice que por molestar lo hicieron las enfermeras. Luego tuvieron que pagar pasaje para su esposo y hermana y papá para ir hasta Huehuetenango y de regreso. Comentó que gastaron mucho dinero por esos días. Dicen ellos don ISA y MAR que por molestar lo hicieron y que para que gastaran dinero.</p>	<p>quieren el dinero dije pues. ¿O así pagado me van a hacer la cortada? Le dije yo a ella. Entonces entró otra y me dijo que ella de por sí es mala. Me empezaron a tomar mi presión. Y ya mi presión estaba alta, entonces la muchacha que estaba ahí dijo que como ya se me había subido la presión me iban a mandar para Huehuetenango. Pero ellas mismas las enfermeras fueron las que me alteraron pues, por eso se subió la presión. La mala fue la que me dijo que me iban a remitir para Xela o me iban a quitar el bebé dijeron" "Busquen a una persona que vaya a donar sangre. Y para qué sangre dijo yo. Sangre no me han puesto, acaso estoy bien acabado dije yo. A no le vamos a poner una unidad de sangre, y yo esperando a qué hora me iban a poner y no me pusieron. Y mi esposo buscando dinero aquí y yo ya me había salvado. "No sé porque me remitieron a Huehue...--- Esposo: Lo que querían ellos pues es que querían entregar dos unidades de sangre y tres unidades y pues yo le dije que no tenía dinero para pagar esa unidad dije yo. Pero como el alcalde dijo que no se debe de pagar ni un solo centavo aquí, y se los dije. Ah... se emputaron conmigo, si pues y ya después me vine yo para recuperar dinero y cuando llegué</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>ya la habían remitido para Huehuetenango. ¿Y por qué le estaban cobrando? No sé por la sangre que le iban a poner pero ya no le pusieron. Esposa: Pero yo no perdí nada de sangre, nada, nada. No me pusieron tan siquiera una unidad de sangre, nada, nada. Nomás querían chingar las enfermeras, creo" - "Ya cuando ya él llegó a las 7:00 pm yo ya estaba allá en Huehue, ya cuando yo los llamé para acá yo ya estaba allá. Esposo: entonces al otro día me fui de madrugada. Hasta allá a las 8:00 am llegué. Si me estaban cobrando como 360 quetzales parece por unas pastillas que le pusieron ahí en el laboratorio. Eso lo pagué, eso lo pagué yo. Ya lo demás ya no quise pagarlo yo porque ya no había más dinero. Entonces fui a prestar dinero yo. "yo quiero rápido dijeron" eso ya está difícil que fuera rápido dije yo" En Huehuetenango no más me examinaron que la presión ya estaba baja y le dijeron al chofer de la ambulancia que para qué trajeron a la señora si la señora ya está a salvo con su bebé y para qué lo trajeron pues no sé dijo aquí está la papelería, creo que por chingar lo hicieron, un chanchullo. Y me cambiaron de ropa, la ropa que yo llevé de aquí del hospital del CAIMI, eso lo</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Número de referencia	Frases o términos
	trajo el chofer de la ambulancia. Pero al niño no lo iban a recibir allá en el hospital de Huehuetenango por que dijeron que el niño ya está salvado para que lo trajeron. A la señora la hubieran remitido para su casa, dijo. Y yo ahí estuve tirada unos tres días parece y no me dieron ni una pastilla ni nada, nada. Por gusto estuve ahí pues. Es que lo que quieren es que uno gaste dinero" >>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
MAR tuvo a su hijo de siete años en el HGH con parto natural. Tuvieron que pagar pasaje para irse en carro. Cuando llegaron al CAIMI, le dijeron que mejor se fuera para Huehuetenango. Dice que ella sola tuvo a su bebé, cuando le dijo a una enfermera conocida de una aldea a BA, ella le dijo que era cierto que ya estaba su cabeza saliendo. Dice que estaba sola dando a luz porque había más en la sala quiénes también estaban en hora de parto. Ella salió al día siguiente y su bebé unos tres	<< "Pues los doctores no eran competentes pues, por eso la mandaron para Huehue. Porque no podían, bien jodida mi esposa, mejor le mandaron si pues. Ahí la detienen mejor la mandaron para allá" - "Y no más cuando vi le dije a una enfermera que es DEY, que es aquí la enfermera del Rodeo, jen su mano de ella nació mi nene!, Si entonces le dije yo a ella usted viera que ya nació mi bebé. Mentira dijo, si le dije, yo siento que si le dije yo. Entonces lo miró pues, Así dijo, ya salió su cabecita, dijo así. Me llevaron así	CAIMI, Hospital General de Huehuetenango	2	Insultan, regañan

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>días. Le preguntaron qué cuántos hijos tenía y que mejor si se operaba. Comenta que los doctores y enfermeras se "amenazaban" entre ellos, y ella sentía que era hacia ella.</p>	<p>a una sala. Ya allá en Huehue. Ella fue la que me estuvo atendiendo todos los días que estuve yo allá y después de eso a los dos días me sacaron de ahí del hospital, y quedó internado mi nene" - GR- "Y esa vez que usted fue con Antonio ¿sintió que hubo alguien o escuchó mucho regaño?... Siempre regañaban ahí la gente. Insultaban siempre las enfermeras casi siempre. Hay veces que no habían medicina pues y no atendían pues y uno está quejando, uno con el dolor de estómago fuerte. Porque cuando nacen los bebés siempre está doliendo. Y cuando uno le decía "hay me duele mi estómago" me decían ¡tanto van ustedes para quejar, mejor hubieran parido en sus casas!,</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>eso es lo que nos decían las enfermeras, si..." ¿Regañan mucho entonces?</p> <p>Si regañan pues, peor cuando está uno quejando ahí, siempre las regañan...</p> <p>Esposo: Se aburren ya de tanto enfermo. Ya por uno ya por otro, se aburren.</p> <p>Si nos dijo: Mejor hubieran parido en sus casas y no hubieran venido a quejar aquí. Eso es lo que decían, eso es lo que hablaban. Y se amenazaban doctores con las enfermeras "puta madre tu" – decían. Así decían. Pues ya uno se sentía mal... creo que las amenazas eran entre ellos pero como yo estaba mal creí que a mí me están tirando, dije yo... así pensé yo que a mí me estaban tirando" -</p> <p>¿Y esa vez que fue, insultaron o gritaron a alguien? Pues solo entre ellos "para qué te metes si no puedes", entre ellos pues. Como se juntaban entre de cuatro, cinco, así salía uno entraba otro quedaban así. Entre ellos se insultaban"&gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>HERM tiene ocho hijos. Con dos hijas, las menores fueron al hospital. Antes de eso ellas las tenía sola o con la comadrona. Con una de sus dos hijas tuvo complicaciones en su casa (con la segunda que fue al hospital) Todas las veces había sanado en su casa. Comenta que tuvo complicaciones y que no nació su hija por eso su esposo la quería llevar al hospital. Esa vez ella llevaba chequeos en el Rodeo pero no fue revisada por una comadrona. A la 1:00 pm salió de su casa y llegó a las 3:00 pm. A las 5:00 pm nació su hija. Menciona que al llegar la enfermera la chequeo y le dijo que nomás cuando le vinieron los dolores se hubiera ido de una vez para el CAIMI. Luego la pusieron a caminar y cuando ella ya no pudo más, le pusieron inyección para el dolor. Afirma que allá en el CAIMI no regañan y que a cada rato la iban chequear para</p>	<p>&lt;&lt; "Cada rato entraban a chequear. ¿Hay dolor? Me decían las enfermeras. Ustedes no van a aguantar. Si hay dolor hablen, porque hay muchas que se aguantan su dolor y así por eso mueren. Si pues ustedes no tengan pena por eso estamos. Muchos dicen que maltratan pero yo no he visto. Dicen varios que regañan pero a mí no me regañaron, yo no he visto" - Me dijeron: "griten pues pero hay no qué se le va a hacer, da pena con ustedes. Da pena con ustedes... ¿y eso por qué? Si así me dijeron, una enfermera pues. Como yo tengo unas várices. Me decía "hay es que con usted da pena, a no usted mejor ya no tenga más hijos usted tiene varices y por eso no deja pasar al niño, piense usted si quiere operar, tome la decisión ustedes dos y opérese... Me dijeron que hay inyecciones.</p>	<p>CAIMI</p>	<p>1</p>	<p>regañan</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
preguntarles si tenían dolor. Dice que no ha visto mal tratos y que muchos dicen eso, dicen que regañan pero a ella no... Por el problema que tenía con	<p>Piense usted, dijo. No dijeron ellos pues "ah opérate", no.... Tomen la decisión me dijeron y que hay inyecciones.</p> <p>¿Entonces el doctor le mandó?</p> <p>No me dijo pues que corría riesgo por las varices, que ya se me hincharon las venas. Y si no se podía que cesárea me iban a hacer. Me pusieron a hacer fuerza y salió mi niño. Que no</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>habían medicina pues y no atendían pues y uno está quejando, uno con el dolor de estómago fuerte. Porque cuando nacen los bebés siempre está doliendo. Y cuando uno le decía "hay me duele mi estómago" me decían ¡tanto van ustedes para quejar, mejor hubieran parido en sus casas!, eso es lo que nos decían las enfermeras, si..."</p> <p>¿Regañan mucho entonces?</p> <p>Si regañan pues, peor cuando está uno quejando ahí, siempre las regañan...</p> <p>Esposo: Se aburren ya de tanto enfermo. Ya por uno ya por otro, se aburren.</p> <p>Si nos dijo: Mejor hubieran parido en sus casas y no hubieran venido a quejar aquí. Eso es lo que decían, eso es lo que hablaban. Y se amenazaban doctores con las enfermeras</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
	<p>"puta madre tu" – decían. Así decían. Pues ya uno se sentía mal... creo que las amenazas eran entre ellos pero como yo estaba mal creí que a mí me están tirando, dije yo... así pensé yo que a mí me estaban tirando" - ¿Y esa vez que fue, insultaron o gritaron a alguien? Pues solo entre ellos "para qué te metes si no puedes", entre ellos pues. Como se juntaban entre de cuatro, cinco, así salía uno entraba otro quedaban así. Entre ellos se insultaban"&gt;&gt;</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
<p>HERM tiene ocho hijos. Con dos hijas, las menores fueron al hospital. Antes de eso ellas las tenía sola o con la comadrona. Con una de sus dos hijas tuvo complicaciones en su casa (con la segunda que fue al hospital) Todas las veces había sanado en su casa. Comenta que tuvo complicaciones y que no nació su hija por eso su esposo la quería llevar al hospital. Esa vez ella llevaba chequeos en el Rodeo pero no fue revisada por una comadrona. A la 1:00 pm salió de su casa y llegó a las 3:00 pm. A las 5:00 pm nació su hija. Menciona que al llegar la enfermera la chequeo y le dijo que nomás cuando le vinieron los</p>	<p>&lt;&lt; "Cada rato entraban a chequear. ¿Hay dolor? Me decían las enfermeras. Ustedes no van a aguantar. Si hay dolor hablen, porque hay muchas que se aguantan su dolor y así por eso mueren. Si pues ustedes no tengan pena por eso estamos. Muchos dicen que maltratan pero yo no he visto. Dicen varios que regañan pero a mí no me regañaron, yo no he visto" - Me dijeron: "griten pues pero hay no qué se le va a hacer, da pena con ustedes. Da pena con ustedes... ¿y eso por qué? Si así me dijeron, una enfermera pues. Como yo tengo unas várices. Me decía "hay es que</p>	<p>CAIMI</p>	<p>1</p>	<p>Regañan</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
dolores se hubiera ido de una vez para el CAIMI. Luego la pusieron a caminar y cuando ella ya no pudo más, le pusieron inyección para el dolor. Afirma que allá en el CAIMI no regañan y que a cada rato la iban chequear para preguntarles si tenían dolor. Dice que no ha visto malos tratos y que	con usted da pena, a no usted mejor ya no tenga más hijos usted tiene varices y por eso no deja pasar al niño, piense usted si quiere operar, tome la decisión ustedes dos y opérese... Me dijeron que hay inyecciones. Piense usted, dijo. No dijeron ellos pues "ah opérate", no....			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
muchos dicen eso, dicen que regañan pero a ella no... Por el problema que tenía con las várices le decían que mejor si se operaba, HERM aclara que se lo decían como un consejo no obligándola. El doctor le explicó que tenía riesgo por las várices. Cuando se le preguntó si las regañaban por gritar dijo que no, que a ella no le dijeron nada. Cuando le pregunté si les decían algo por quejarse, respondió que a una mujer que estaba en la misma sala si le gritaron, ella misma le contó. La regañaron y le gritaron fuerte para que dejara de gritar por el dolor.	Tomen la decisión me dijeron y que hay inyecciones. ¿Entonces el doctor le mandó? No me dijo pues que corría riesgo por las varices, que ya se me hincharon las venas. Y si no se podía que cesárea me iban a hacer. Me pusieron a hacer fuerza y salió mi niño. - ¿Entonces el doctor le recomendó? Si me dijo pues por las venas. "Está enferma por las várices usted ya no puede tener más hijos, ¿cuántos años tiene usted? Ocho dije. "Por eso dijo, están hinchados las venas y esas venas vienen de la matriz como que ya no va a resistir tener hijos, va a querer operar ahí está para ya no tener hijos, así estaba diciendo. No me dijo pues, opérese... sino "Piénselo doñita porque usted está jodida". No va a decir usted obligada. Usted las piernas ya no resiste, ve cómo			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Descripción de episodios	Descripción de episodios	Descripción de episodios	Descripción de episodios
	<p>las tiene hinchadas. Si pues. Así nomás me dijo. "Esto le va a ofender", dijo. Así dijo.. Si pues le va a doler... ¿no le duele? Dijo... no le dije. E iba yo a operar pero no estaba el doctor. Y como tenía mi niña chiquita mejor me vine. Año tenía aprendiendo a camina" ¿Y cuándo gritaba le decían algo?</p> <p>No me dijeron nada. ¿O que dejara?</p> <p>No, me dijeron que tuviera yo paciencia. No me dijeron que no gritara. Ahora si la muchacha que estaba ahí si le dieron ¡Ah, tanto</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
	<p>griterío, quién les manda! Eso me dijo esa mujer: Hay, quiénes me atendieron ayer viera me dijo, era mi primer hijo, es un escarmiento venir aquí, no sé de dónde era. A ella si la regañaron. Entonces me preguntó a mí ¿y a usted no le dijeron nada? A mí no me dijeron nada, le dije yo. A quién los mandaran a buscar marido, dice</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>DINE cuenta de la vez que un caballo la mordió del cachete hacia la boca. Ese mismo día fue para el CAIMI y cuenta que la atendieron bien. Iba con otra persona que la llevó nada más y luego se fue. Dice que se quedó esperando como más de media hora y luego la llegaron a cocer. Dice que la doctora no le dijo nada porque ella igual no podía hablar. Solamente le preguntaron a quién la llevo el nombre, la edad y otros datos. Luego de eso ella se fue. Narra que luego tenía que regresar a que le quitaran los puntos, esa vez si comenta que la trataron mal porque el doctor le preguntó por el nombre de quién le hizo los puntos, porque al parecer se lo había hecho mal. Ella dijo que no sabía, y él respondió enojado y le dijo que por qué no preguntan el nombre. Ella le respondió que cómo quería que ella le preguntara si ella no podía hablar por la herida.</p>	<p>que le dijeron a esa mujer: .si me muero en mi casa que me muera pero ya no vengo aquí. Ella dijo: mejor me voy a ir, pobre mujer" ¿Y usted escuchó cuando le dijeron? No ella me dijo. "hay usted la tendieron bien" pero a mí no... Hay me dijeron que estaba gritando que quién las manda a buscar marido. "Enfrente de ese doctor, hay no da vergüenza" no que con usted son buena gente, no a mí no me dijeron nada le dije. &gt;&gt; &lt;&lt; "Con lo de mi herida fue una doctora. Ya cuando fui con lo de mis puntos para quitarlos, me preguntaron que quién me hizo los puntos. Una doctora le dije, y cómo se llama me preguntaron... - la verdad es que saber, le dije. No sé yo no podía hablar. Hay dijo el otro doctor: ¡por qué no se dan cuenta quién le hizo la operación! ese si algo con bravura me habló" - "Si me regañó, era más bravo. La seño o doctora que me costuró no me habló, las enfermeras me llevaron a la sala de operación y me sacaron. No me habló para nada porque como vio que yo no podía hablar" - Solo el doctor cuando me quiso quitar los puntos: ¿quién la costuro...? Me dijo pues saber le dije yo. ¿Hay cómo no se dio cuenta? Como si no podía yo hablar, como no siempre tienen que preguntar, apúntelo en un papel el nombre. Así dijo, ¿acaso yo estaba para eso?"</p>	<p>CAIMI</p>	<p>0</p>	<p>Bravura. Regaño. Trato malo. Ofensa.</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>DTINA tuvo un accidente con unos perros. Tres perros la atacaron pero como ya era de tarde fue hasta el otro día al hospital. Cuando llegó, la pasaron rápido pero tardaron como una hora en atenderla. Ella seguía con mucho dolor en su pierna. Cuenta que la enfermera que la atendió era muy brava porque la regañó. Le dijo que por qué no se había defendido de los perros, que ya estaba grade para eso y que ahora se tenía que aguantar el dolor. DTINA se molestó y le respondió que no podía defenderse porque tenía a su sobrino con ella y lo tenía que proteger. Menciona que no le dieron ni una sola pastilla para el dolor y que tampoco le vendaron la herida. Después de esa consulta fue seis veces más para la vacunación donde ella menciona que la trataban bien, no como ese día que llegó bien grave.</p>	<p>"Me entraron a dejar a la cama. La doctora que me cosió no me regañó. Solamente le preguntó a mi hija qué me había pasado y ella dijo que me había mordido el caballo y que me hicieran la costura. Preguntaron qué cuántos años tenía y se quedaron escribiendo ahí. Eso nada más preguntaron y que cuántos hijos tenía yo. Ese día que me cocieron como me ofendí porque no me atendieron luego, tarde como media hora ahí en la cama. Yo creo que había mucha gente" &gt;&gt; &lt;&lt; "Yo si me enojé porque no tienen paciencia para qué se meten a ser enfermeras, uno con su gran dolor y solo lo dejan sentado ahí. Ni modo paciencia. Ella pues como no me atendió yo me sentí ofendida. Yo quería pronto y no me dieron ni una pastilla si pues yo me compré una ditaflenaco" - Yo si me sentí que fue regaño pues, porque si me lo hubiera dicho de otra forma así como "mire... porque se dejó con el perro... una forma más amable. Sino toda enojada que para qué me dejé con el perro que ya estaba grande" O hubiera dicho "seño espérese un ratito". Es que uno con ese dolor y regañando, no hay más desesperació" " ¡Tiene que aguantar porque ya está grandecita!, dijo: usted no es chiquita para no aguantar el dolor, tiene que aguantar,</p>	<p>CAIMI</p>	<p>0</p>	<p>"Paciencia", "Regañan. Son bravas. Tratan mal. Ofensa. No tienen paciencia. Palabras golpeadas.</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
	<p>siéntese, y me examinó"-                      "También me dijo, así... :que para qué se dejó con el perro, como dejó que la mordiera! usted se debería de cuidar ya está grande, no está chiquita! – Pero mire le dije yo, yo traía a un niño, yo por defender al niño porque mi cuñada es delicada, si le mordía al niño a mí me iban a regañar le dije yo... Hay sí dijo, ¡pero tiene que aguar porque ni modo! Y lo aguaté pues, ya después me compré unas mis pastillas. ¿Por qué se dejó con el perro?, ¡usted debería de cuidar no está chiquita! Imagínes con tres perros le dije, usted también ponga de su parte. Imagínes con dos aquí y el otro por aquí... yo por defender al niño... y ella pa qué se dejó con el perro. Y ella ya no me dijo nada y yo tampoco le dije nada. ¡Usted tiene que saber si está vacunado, sino le va a dar rabia! ¡Y tiene que venir a vacunarse!" - "¿Y le ayudaron a caminar?                      ¡A no! Dios guarde. No, no me levantó, ni con una mano me ayudó. Nomás me dijo: camina y yo le dije que no podía caminar... y mi zapato lleno de sangre estaba, estaba estilando y no paraba"                      "Cuando llegué me atendieron pero me agarraron duro para que me saliera toda la sangre, me lavaron... yo les dije si me dan medicina háganlo así sino yo me voy a caer en el camino. Porque</p>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frasas o términos
<p>DINE fue antes al CAIMI por atención de parto. Ese ha sido su único embarazo de diez hijos con quién ha ido al doctor. Las demás las ha tenido sola o con alguna comadrona. Cuenta que la vez que fue para su último parto sintió que fue un buen servicio. Ella fue para un 23 de diciembre para amanecer. Cuenta que fue al hospital cuando su hija iba a tener a su bebé. Dice que hay doctores sin vergüenzas porque uno de ellos le preguntó si necesitaba de un chequeo y la pasó a su consultorio. Ella le dijo que no necesitaba ningún chequeo que ella estaba bien pero él le dijo que sí. Luego le dijo que, que bonitas eran las de por allá de Cuilco y que su esposo era malo porque no estaba con ella. Ella le respondió que las mujeres son bonitas en todos lados y que a él qué le importaba si su esposo la quería o no.</p>	<p>solita yo me fui pues" Si la enfermera me dijo: usted se tiene que levantar, ya está grandecita para aguantar el dolor, y yo le dije que me diera una pastilla porque yo solita venía, no hay quién me iba a estar atendiendo. ¡Cómo no! Dijo, usted tiene que aguantar. Pero le dije por favor deme pastilla yo no quiero irme así y que me fastidie. No dijo, lo agarró de aquí (señalando la pierna) y lo frotó así (duro) para que saliera la sangre mala" &gt;&gt; &lt;&lt; "Hay doctores que abusan de la persona. Hay un doctor que me dijo – Hay yo voy a atender bien a su hija me dijo pero también me dijo, hay venga yo le voy a hacer un examen a usted también está mala., venga aquí a la camilla y usted tan bonita que está– Yo estoy bien le dije – Me dijo Hay su marido no la quiere – y por qué- y usted tan sola acá y su marido allá y usted acá con su hija. Él me quería hacer algo. Y por qué no me quiere a usted ni amor a usted ni a su hija. Yo me sentí muy nerviosa, y le dije: A usted que le importa por si él no me quisiera. Usted puede dejarlo usted puede encontrar más buenos. Hay doctores que abusan de la persona. Él me estaba examinando me estaba midiendo y me dijo hay que bonitas mujeres hay que Cuilco" Con otro doctor me dijo – Hay que bonitas mujeres hay allá en Cuilco – dijo – mujeres bonitas</p>	<p>Hospital de Huehuetenango.</p>	<p>1</p>	<p>Abusan</p>

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
	hay en todo el mundo le dije – Hay doctores que son abusivos- no todos van a cumplir su deber, y ese doctor así me dijo" >>			

Continuación cuadro 9: Matriz de episodios de maltrato

Descripción de episodios	Citas	Establecimiento	Numero de referencias	Frases o términos
HERM tuvo a sus dos últimas hijas en el CAIMI (C31 y C21). Con C31 fue la primera vez que conoció un hospital luego de tener a seis de sus hijos en casa. Dice que llegó por la noche. A las 7:00 pm llegó al hospital y dio a luz a las 3:00 am. Primero la llevaron a la Casa Materna y luego en la madrugada la llevaron con una ambulancia para el CAIMI. Pasó una noche en el hospital, me preguntaban si ya me había pasado el dolor. Se le pregunta si han regañado en el hospital y dijo que no. Luego se le preguntó si usaron voz alta y dijo que sí, comentando que una de las enfermeras le dijo que ya basta con los gritos. Pero otra enfermera la defendió y le dijo a la otra enfermera que se fuera y que siempre era lo mismo con ella.	<< [¿En algún momento usaron voz alta?] Hay muchacha dijo, no grite usted, dijo acaso con gritar se le va a quitar el dolor, dijo. Y luego dijo la otra enfermera. Es que tu porque no tuviste (hijos) por eso estás diciendo así, dijo la otra enfermera. Eso duele dijo. Grita uno dijo, quién dice que no. Entre de ellas dijeron. No has conocido si el dolor está tremendo. Tú no lo has visto, dijo. ¡Da pena con usted así gritando! ¡No va a sanar si está así gritando!, así dijo. Así me dijo la enferma a mí. Cómo no va a gritar, por el dolor dijo. Cuando tú vas al baño, le dijo la otra enfermera" >>	CAIMI		Regaño, voz alta.

Cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C1 JLY. AR	Me dijo: Usted sabe a qué hora deben estar aquí, a qué hora se atiende. Si usted va al rodeo no la van a atender.	Me sentí mal /Amenaza	Coacción
C1 JLY. AR	Así uno se siente mal. Me dijo "me traen a los niños bien graves y quieren que y los cure así inmediatamente, la medicina da resultado hasta los dos días. Nosotros tenemos que hacer la cena, nos tenemos que bañar, tengo que lavar mi ropa.	Regaño	Violencia Verbal
C1 JLY. AR	Me dijo: Usted sabe a qué hora deben estar aquí, a qué hora se atiende. Si usted va al rodeo no la van a atender. Así uno se siente mal. Me dijo "me traen a los niños bien graves y quieren que y los cure así inmediatamente, la medicina da resultado hasta los dos días.	Bravura	Violencia Verbal
C2 GLO. AR	"Esa vez que me tocó en Cuilco no me trataron bien... dijo que la señora que ahora no estamos atendiendo hasta el lunes, sólo a mí" "cuando me han atendido me tratan bien". "Esa vez si me sentí mal"	Me sentí mal / No querían atender No hay ayuda cuando se pide	Negligencia
C2 GLO. AR	"Quiere decir que no nos atienden nos tratan mal"	Si no nos atienden, nos tratan mal No hay ayuda cuando se pide	Negligencia
C2 GLO. AR	Cambiate la bata, ¿y cómo?, le dije yo. Yo con suero aquí en mi mano. Y dijo: ¡Aquí está la bata, póngaselo!	Mando Obligación	Coacción
C2 GLO. AR	Luego, y yo antes de que pudiera quitarme la bata entró y dijo: ¡Putá madre, para qué chingados buscan marido si no se pueden quitar la bata! Eso fue lo que me dijo la enfermera.	Burla Descalificación Bravura Uso de malas palabras Gritos	Violencia Verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C3 MATH. BA	En el momento que iban a vacunar llamaron a los que iban a vacunar, y como no escuché porque estaba cambiando a mi bebé. Cuando regresé y estaba el doctor quien me atendió, le pregunté: ¿Será que a los que van a vacunar ya vamos a pasar? ¡Por qué no entienden! me dijo. ¡Hay señoras es que uno les habla y no entienden! ¡Pasate pues, rápido! ¡Esque uno les habla y no entienden. Hay me espanté de una vez.	Regaño Gritos Insulto Denigrar Descalificación	Violencia Verbal
C3 MATH. BA	En el momento que iban a vacunar llamaron a los que iban a vacunar, y como no escuché porque estaba cambiando a mi bebé. Cuando regresé y estaba el doctor quien me atendió, le pregunté: ¿Será que a los que van a vacunar ya vamos a pasar? ¡Por qué no entienden! me dijo. ¡Hay señoras es que uno les habla y no entienden! ¡Pasate pues, rápido! ¡Esque uno les habla y no entienden. Hay me espanté de una vez.	Mando Obligación	Coacción
C4 MRA. BA	Me preguntó que cuántos hijos tenía. Entonces le dije yo cuatro con este. Y me dijo que yo era animal, que yo con tantos hijos. Y ¿cuándo pensas pararlo? De tener más.. Y yo le dije que hasta que me dijera mi Dios, así no más. ¡Animal! ¡¿Qué tanto pisto tenés vos!?, ¿sos grande rico acaso?	Insulto Denigrar Gritos Bravura Burla Descalificación	Violencia Verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C4 MRA. BA	<p>Qué bonita madre sos vos, me dijo... nacen animales ustedes no sienten que se les revesa la vagina de tanto tener hijo, me dijo. Y le dije yo se arevesa como Dios me dijo. Si no me voy para Huehue. Y él rascaba su cabeza enojado." "Y me dijo: ¡cuántos niños pensás tener vos! y yo le dije, cuatro con este. ¡Hay señora son chillonas! ¡Se ponen alegres haciendo y después están chillando! ¡Aguántalo pues!</p>	<p>Denigrar Gritos Burla Descalificación</p>	<p>Violencia verbal</p>
C5 MRA BA	<p>Con el nene me dijeron que no vaya venir chillando porque me querían operar. No más me dijeron pues. Ahí lo vas a aguantar no vengas a abrir la bocona - "¿Y cuántos hijos pensás tener después de este cuarto. ¡Qué estas pensando mujer cuidate! solamente con estos tres hijos. Y acaso me están ayudando a tener a mis hijos. ¡A ojalá si fueran mujer chingonasó para aguantar el bebe no que chillando están.</p>	<p>Denigrar Descalificación Burla</p>	<p>Violencia verbal</p>
C5 MRA BA	<p>Con el nene me dijeron que no vaya venir chillando porque me querían operar. No más me dijeron pues. Ahí lo vas a aguantar no vengas a abrir la bocona - "¿Y cuántos hijos pensás tener después de este cuarto. ¡Qué estas pensando mujer cuidate! solamente con estos tres hijos. Y acaso me están ayudando a tener a mis hijos. ¡A ojalá si fueran mujer chingonasó para aguantar el bebe no que chillando están.</p>	<p>Prohibir regresar Poner condición No quieren que uno vaya a criar. Obligación</p>	<p>Coacción</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C5 MRA BA	Con el nene me dijeron que no vaya venir chillando porque me querían operar. No más me dijeron pues. Ahí lo vas a aguantar no vengas a abrir la bocona - "¿Y cuántos hijos pensás tener después de este cuarto. ¡Qué estas pensando mujer cuidate! solamente con estos tres hijos. Y acaso me están ayudando a tener a mis hijos. ¡A ojalá si fueran mujer chingonasó para aguantar el bebe no que chillando están.	Bravura	Violencia verbal
C6 SEG. ER	"Viera que yo llevé a una mi nuera allá a Cuilco ahí no le hicieron caso, estuvo ahí dos días. Entonces llegando a Huehuetenango nació el bebé muerto" - "Porque lo lastimaron un poco ahí. Fijese que me contaron que se sentaban en su pansa para que el niño se fuera para abajo.	Daño físico La golpearon un poco	Violencia física
C6 SEG. ER	"Los doctores en Cuilco, ahí regañan mucho y cuando el niño está algo no normal: ¡vete a Huehue! - "Lastiman, ofenden, duele, porque somos humanos uno se siente muy mal. El doctor dice que se montaba para que naciera para que fuera para abajo. Por eso el doctor de Huehue la regañó. Casos muy malos. Como le digo no todos son así"	Regaño Mando Obligación Descalificación	Violencia verbal
C6 SEG. ER	"Los doctores en Cuilco, ahí regañan mucho y cuando el niño está algo no normal: ¡vete a Huehue! -	Mando Obligación	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C7 JOAV. ER	Solo que a veces si no nos ven grabe a uno, no lo atienden. Uno hace el esfuerzo de estar de pie si les da el gusto van a atender.	No querían atender No hay ayuda cuando se pide Falta de atención	Negligencia
C7 JOAV. ER	Lo que sí de pura risa están jugando naipes, uno los llama a mi me dolía la pierna tenía harto dolor se me estaba hinchando. Estaban ahí jugando en la puerta y no me hacían caso y yo gritaba. Espere como 30 minutos yo gritando y ellos no me hacían caso y yo harto dolor"- "Yo estaba gritando y ellos ahí en la puerta y mi pierna no se podía mover pero nadie me hizo caso.	Estaban jugando Descuido hacia el paciente Falta de atención Mala condición Desinterés No hacen caso	Negligencia
C9 ODIER	Regaño por grito en el parto: "A mí me traban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... haya no, haya no les gusta. Allá en el CAIMI si nos ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si se va a mover más peor va a salir! Una enfermera nada más gritaba, ¡no se muevan que no grite! Yo igual con el dolor y todas las señoras ahí ya sanaron y las que gritaban, como las regañaban. "¿Qué quiere que yo haga?, si no puedo...decía una"	Regaño	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C10 MQ	<p>Regaño por grito en el parto: "A mí me traban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... haya no, haya no les gusta. Allá en el CAIMI si nos ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si se va a mover más peor va a salir! Una enfermera nada más gritaba, ¡no se muevan que no grite! Yo igual con el dolor y todas las señoras ahí ya sanaron y las que gritaban, como las regañaban. "¿Qué quiere que yo haga?, si no puedo...decía una"</p>	Gritos	Violencia verbal
C10 MQ	<p>Regaño por grito en el parto: "A mí me traban bien, lo que si es que allá no nos dejan gritar con el dolor. A veces que me regañaban por lo que a las enfermeras no les gusta que vayamos a gritar con el dolor, uno revolcándose... haya no, haya no les gusta. Allá en el CAIMI si nos ponen a pasear con el dolor haya en Huehuetenango no. Si me regañaban "no esté gritando no se mueva", solo eso. Como allá con suero nos tienen, nos dicen: ¡no se mueva no grite porque si se va a mover más peor va a salir! Una enfermera nada más gritaba, ¡no se muevan que no grite! Yo igual con el dolor y todas las señoras ahí ya sanaron y las que gritaban, como las regañaban. "¿Qué quiere que yo haga?, si no puedo...decía una"</p>	<p>Mando Obligación No dejan gritar Amenaza Poner condición</p>	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
<p>C10 MQ ODIER</p>	<p>Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levantate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover . Pues le decía (a la mamá) ¡levantelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas"</p>	<p>A la fuerza Poner condición Obligación</p>	<p>Coacción</p>
<p>C10 MQ ODIER</p>	<p>Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levantate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover . Pues le decía (a la mamá) ¡levantelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas"</p>	<p>Gritos</p>	<p>Violencia verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C10 MQ	<p>Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levantate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover . Pues le decía (a la mamá) ¡levantelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas"</p>	<p>No hay ayuda cuando se pide Desinterés Falta de atención</p>	<p>Negligencia</p>
C10 MQ	<p>Que no se podía bañar. Como ni tocar se podía. Le decían que se fuera a bañar, Hay rojo rojo estilaba..." - "Hay, ¿quién la iba a ayudar?, nadie solo la mamá. ¿Acaso le decía la enfermera que la iba a ayudar?" "A ella la trataban mal porque digamos que ella no se podía levantar, no se podía mover. A la fuerza le decían ¡levantate! acaso se podía. Ni por más que lo regañaran los doctores se podía mover . Pues le decía (a la mamá) ¡levantelo señora lléveselo a bañar! ¿Acaso las enfermeras decían las voy a ayudar? Si se están muriendo los pacientes ahí pero tienen que ayudar con paciencia tienen que hacer las cosas"</p>	<p>Bravura</p>	<p>Violencia verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C11 ODIER CASO MABS. RE	Si por jugar, ya no me atendieron bien, dice ella. Todas las veces que yo fui para allá. Depende de uno también porque a veces de repente depende si obedece uno, derrepente el carácter, o no sé. Ya ella dice que siempre la tratan mal. A veces no me hacen caso y a veces ni medicinas hay. A ella no la atendieron bien, le dejaron la placenta adentro. Ya después que se fijaron que dejaron la matriz adentro, de una vez le sacaron la matriz.	Estaban jugando Tratan mal Descuido hacia el paciente	Negligencia
C11 MABS. RE	Me apresuraba (me procuraba) para que tuviera mi nena. Me decía que echara fuerza pero yo no podía: ¡Apurese, apurese señora!, así me decía. ¿Y te gritaba? Si. ¿Y cómo iba yo a procurar? - Creo que fue un maltrato. Esque deberían de tener más respeto y más paciencia. Porque uno con dolor y ellos ahí jugando.	Gritos	Violencia verbal
C11 MABS. RE	Así pasó con la enfermera, cuando yo estaba dormida pasaba y cuando llegaba sentía el piquete; y yo le decía yo le hablaba, y luego me decía: si quiere pues, hay seño le contesté: si usted seño está ganando mejor estuviera sentado en su casa y no estuviera si no puede atender bien, eso fue lo que dije. Y ella se enojó más, me trató mal, y me dijo: ni siquiera mejor se va para su casa mañana, eso me dijo. Y luego entró otra enfermera y le dije, y me dijo que ella así es siempre con los pacientes, eso fue lo que dijo. No me avisaron para la inyección, si no avisan. Ella casi no atendía bien. No me decía nada solo iba a poner la inyección y se salía.	Discusión Maltrato verbal Bravura	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C12 DFRABA	Dice que hay unos son bravos, regañan "para qué quieren tantos hijos" así le dijeron. Tiene 28 años y tiene cuatro hijos, 3 varones y una niña - "Esas enfermeras a veces regañan y enojan. Los tres los tuvo ahí y uno acá en la casa. Tal vez cuando no nos regañan hay un buen servicio. Si nos regañan no nos atienden bien. Unos serán que no tienen paciencia. Yo me gustaría que tuvieran paciencia pero como no tienen paciencia"	Bravura Regaño	Violencia verbal
C12 DFRABA	Dice que hay unos son bravos, regañan "para qué quieren tantos hijos" así le dijeron. Tiene 28 años y tiene cuatro hijos, 3 varones y una niña - "Esas enfermeras a veces regañan y enojan. Los tres los tuvo ahí y uno acá en la casa. Tal vez cuando no nos regañan hay un buen servicio. Si nos regañan no nos atienden bien. Unos serán que no tienen paciencia. Yo me gustaría que tuvieran paciencia pero como no tienen paciencia"	No quieren que uno vaya a criar. Obligación	Coacción
C12 REI. BA	Hay unos que son buenos hay otros que nos tratan mal. Algunos lo cambian a uno, me pusieron mi ropa. Los que no atienden bien, regañan. Dicen " por qué se meten a tener hijos y luego vienen a chillar aquí".	Nos tratan mal Burla Descalificación	Violencia Verbal
C12 REI. BA	Hay unos que son buenos hay otros que nos tratan mal. Algunos lo cambian a uno, me pusieron mi ropa. Los que no atienden bien, regañan. Dicen " por qué se meten a tener hijos y luego vienen a chillar aquí".	No quieren que uno vaya a criar. Obligación	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C12 REI. BA	<p>Antes de tener el niño yo gritaba por el dolor así me dijeron: ¡por qué se mete a tener hijos después viene chillando aquí! eso me dijo. Y como uno está con dolor ya no pude yo contestar. ¿Acaso podemos aguantar el dolor? No se puede" - "Yo le dije que me duele. Me dijeron: Duele, pero aguántalo, no este gritando. Pero si no aguanto, dije yo por el dolor. Ya cuando ya terminé... ya ahí la comadrona que me entregó dice que si regañó el doctor: como si la estuvieran matando el doctor, dijo la comadrona" - "Cuando me gritó sola ella estaba ahí, nadie más. Si todos fueran bravos ya nadie llegaría por eso solo son unos cuántos enfermeros. Cuando los regañan es igual a maltratar. Nos desprecian pues" - "Nos están maltratando y uno se siente mal pues cuando regañan, pues nos dicen unas cosas malas"</p>	<p>Mando Obligación</p>	<p>Coacción</p>
C12 REI. BA	<p>Antes de tener el niño yo gritaba por el dolor así me dijeron: ¡por qué se mete a tener hijos después viene chillando aquí! eso me dijo. Y como uno está con dolor ya no pude yo contestar. ¿Acaso podemos aguantar el dolor? No se puede" - "Yo le dije que me duele. Me dijeron: Duele, pero aguántalo, no este gritando. Pero si no aguanto, dije yo por el dolor. Ya cuando ya terminé... ya ahí la comadrona que me entregó dice que si regañó el doctor: como si la estuvieran matando el doctor, dijo la comadrona" - "Cuando me gritó sola ella estaba ahí, nadie más. Si todos fueran bravos ya nadie llegaría por eso solo son unos cuántos enfermeros. Cuando los regañan es igual a maltratar. Nos desprecian pues" - "Nos están maltratando y uno se siente mal pues cuando regañan, pues nos dicen unas cosas malas"</p>	<p>Gritos Regaño Nos desprecian Nos dicen unas cosas malas</p>	<p>Violencia Verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C12 REI. BA	<p>Antes de tener el niño yo gritaba por el dolor así me dijeron: ¡por qué se mete a tener hijos después viene chillando aquí! eso me dijo. Y como uno está con dolor ya no pude yo contestar. ¿Acaso podemos aguantar el dolor? No se puede" - "Yo le dije que me duele. Me dijeron: Duele, pero aguántalo, no este gritando. Pero si no aguanto, dije yo por el dolor. Ya cuando ya terminé... ya ahí la comadrona que me entregó dice que si regañó el doctor: como si la estuvieran matando el doctor, dijo la comadrona" - "Cuando me gritó sola ella estaba ahí, nadie más. Si todos fueran bravos ya nadie llegaría por eso solo son unos cuántos enfermeros. Cuando los regañan es igual a maltratar. Nos desprecian pues" - "Nos están maltratando y uno se siente mal pues cuando regañan, pues nos dicen unas cosas malas"</p>	<p>No dejan gritar Imposibilitar</p>	<p>Coacción</p>
C13 PS. CP	<p>A veces nos dicen algo malo, si pues. Que ya no tenga hijos más luego y que por qué quiero tanto hijo, que ya basta con eso. Si pues. Aquí en el Rodeo, en el puesto. Que por qué tengo luego a los hijos... si pues. Como uno no puede. Dicen que uno puede así natural pero no se puede. Y así digamos con medicamentos o inyecciones o pastillas - "A veces le dicen que no tengamos más hijos. ¿Y si uno quiere tener? Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos no queden desnutridos.</p>	<p>No quieren que uno vaya a criar. Obligación</p>	<p>Coacción</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C13 PS. CP	A veces nos dicen algo malo, si pues. Que ya no tenga hijos más luego y que por qué quiero tanto hijo, que ya basta con eso. Si pues. Aquí en el Rodeo, en el puesto. Que por qué tengo luego a los hijos... si pues. Como uno no puede. Dicen que uno puede así natural pero no se puede. Y así digamos con medicamentos o inyecciones o pastillas - "A veces le dicen que no tengamos más hijos. ¿Y si uno quiere tener? Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos no queden desnutridos.	Nos dicen unas cosas malas	Violecia verbal
C13 PS. CP	A veces nos dicen algo malo, si pues. Que ya no tenga hijos más luego y que por qué quiero tanto hijo, que ya basta con eso. Si pues. Aquí en el Rodeo, en el puesto. Que por qué tengo luego a los hijos... si pues. Como uno no puede. Dicen que uno puede así natural pero no se puede. Y así digamos con medicamentos o inyecciones o pastillas - "A veces le dicen que no tengamos más hijos. ¿Y si uno quiere tener? Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos no queden desnutridos.	Mando Obligación	Coacción
C13 PS. CP	Así por eso si regañan. De qué por qué me había embarazado luego y que la cesárea no va a resistir. Yo me sentí mal porque ellos me dijeron así. Dicen, no llegan ni a los dos años y ya tienen otro"... - "Cuando gritaba si me decían que me calmara de qué por qué estaba gritando y de que ahí se me estaba acabando la fuerza, me lo decían medio amable no estaban regañando no estaban enojados, normal"	No dejan gritar Imposibilitar	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C13 PS. CP	Así por eso si regañan. De qué por qué me había embarazado luego y que la cesárea no va a resistir. Yo me sentí mal porque ellos me dijeron así. Dicen, no llegan ni a los dos años y ya tienen otro"... - "Cuando gritaba si me decían que me calmara de qué por qué estaba gritando y de que ahí se me estaba acabando la fuerza, me lo decían medio amable no estaban regañando no estaban enojados, normal"	Regaño	Violencia verbal
C13 PS. CP	Cuando uno tiene chiquito a uno y al otro. A ellos les preocupa que los chamacos no queden desnutridos. Eso nos dicen. Pero no se puede. Así por eso si regañan. De qué por qué me había embarazado luego y que la cesárea no va a resistir. Yo me sentí mal porque ellos me dijeron así. Dicen, no llegan ni a los dos años y ya tienen otro"	Burla Descalificación	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C14 SMCP	<p>Me atendieron bien en el parto, porque dicen muchos que regañan, que cuando están gritando, muchos que regañan los doctores. En cambio allá no, ahí las enfermeras me consolaban. Me consolaban pues, cuando yo ya iba a sanar me decían que usted ya no tarda que va a sanar y yo ya como tenía pocos días de dolor. Ellas me decían que no que ya es menos lo que me falta, que ya para el rato de media hora usted ya va a estar sana con su niño. Ya uno con ese dolor uno - La doctora decía que no pusiera tanta fuerza, pero uno cuando está con el dolor uno pone fuerza. Me decía usted no más respire profundo, decía, nada de poner fuerza porque todavía no ha llegado y si va a poner fuerza va a usted ya a la hora de ser el momento del mero parto ya usted no va a tener fuerza. A mí no más me dijeron que nomas respirara con la nariz y no con la boca. Si me enseñaron cómo.. usted respire solo con la nariz y profundo, y que nada de poner fuerza y nada de quejar... hay pero con ese gran dolor... Hay!.. Así me dijo la doctora nada de estar quejando porque si uno queja es igual a que usted estuviera poniendo una fuerza, dijo"</p>	<p>No dejan gritar Imposibilitar</p>	<p>Coacción</p>
C4 MRA. BA	<p>Qué bonita madre sos vos, me dijo... nacen animales ustedes no sienten que se les revesa la vagina de tanto tener hijo, me dijo. Y le dije yo se arevesa como Dios me dijo. Si no me voy para Huehue. Y él rascaba su cabeza enojado." "Y me dijo: ¡cuántos niños pensás tener vos! y yo le dije, cuatro con este. ¡Hay señora son chillonas! ¡Se ponen alegres haciendo y después están chillando! ¡Aguántalo pues!</p>	<p>Burla Vo z alzada</p>	<p>Violencia verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C16 ADRI. CP	<p>Porque ahí no van a decir cómo hay que le van a decir como uno sana en la casa: con cuidado, este... con cuidado al caminar, o así pero allá no. Pero allá no, si tenés dolor, si uno está gritando "¡Cálmate!, dice. "Cálmate, no con gritar se te va a quitar el dolor! ... "¡no con el grito se te quita el dolor!", dice" "¿Y le gritan a uno? Si, si pues. Y usted ¿cuando estaba con dolor le dijeron eso?- Si, si pues. Así me dijeron cuando anduve con dolor: "¡no esté gritando, no con el grito se le va a quitar el dolor!" - "Muy que llegué me atendió un doctor y luego una enfermera ya después llegó un doctor y dos enfermeras, entonces son los que estaban cuando yo sané.</p>	<p>Regaño</p>	<p>Violencia verbal</p>
C16 ADRI. CP	<p>Porque ahí no van a decir cómo hay que le van a decir como uno sana en la casa: con cuidado, este... con cuidado al caminar, o así pero allá no. Pero allá no, si tenés dolor, si uno está gritando "¡Cálmate!, dice. "Cálmate, no con gritar se te va a quitar el dolor! ... "¡no con el grito se te quita el dolor!", dice" "¿Y le gritan a uno? Si, si pues. Y usted ¿cuando estaba con dolor le dijeron eso?- Si, si pues. Así me dijeron cuando anduve con dolor: "¡no esté gritando, no con el grito se le va a quitar el dolor!" - "Muy que llegué me atendió un doctor y luego una enfermera ya después llegó un doctor y dos enfermeras, entonces son los que estaban cuando yo sané.</p>	<p>Desprecio Descalificación</p>	<p>Violencia verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C17 FLORI. CP	FLO "Yo les dije que tenía harto dolor y entrando ahí me pusieron suero y me dejaron sola ahí, sola estaba ahí batallando con el dolor, me dejarían una media hora y ya estaba yo sola.	No me hacian caso Descuido hacia el paciente	Negligencia
C17 FLORI. CP	DFLO entró una enfermera bien mala, me dijo, hay señora usted tiene ganas de orinar, dijo, orina aquí dijo. Me entraron un un ...como aquellas sartenes, hay me fue a poner debajo de la cintura (señalando lo grande que era el recipiente) aquí ve... y ahí lo dejó. Y tardé como media hora ahí, con esa cosota" "Y yo me quedé con aquél dolor de cintura.	Mala condición Descuido hacia el paciente	Negligencia
C17 FLORI. CP	DFLO Me dijo las enfermeras de allá que ¡usted ya está bien señora, ya no siga teniendo hijos!, dijo ¡Usted tiene planificación! me dijo la enfermera	No quieren que uno vaya a criar. Obligación	Coacción
C17 FLORI. CP	DFLO Me dijo las enfermeras de allá que ¡usted ya está bien señora, ya no siga teniendo hijos!, dijo ¡Usted tiene planificación! me dijo la enfermera	Regaño Gritos	Violencia verbal
C17 FLORI. CP	DFLO "Yo les dije que tenía harto dolor y entrando ahí me pusieron suero y me dejaron sola ahí, sola estaba ahí batallando con el dolor, me dejarían una media hora y ya estaba yo sola.	Hacerse cargo de símimas	Negligencia

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
DFLOC17	Esa mañana a las seis si me dijeron que fueran a bañarse que ya va a pasar los doctores para revisar, pasó diciendo una enfermera. Y como yo acababa de tener a mi hijo, hay dios... Al otro día ya cuando me levante empecé a bañar yo un gran frío tenía, ya no me levanté a bañar. Me dijo pues: ¡señora ayer sanaste ya es hora de levantarse a bañar en el baño hay agua!, dijo. Hay y como yo no podía, tenía dolor pues, lo sentía. ¡Acá no es sus casas" dijo: ¡aquí váyanse a bañar! Bien malota, hizo carotas	Burla Descalificación Gritos Bravura Nos dicen unas cosas malas Desprecio	Violencia verbal
DFLOC17	Esa mañana a las seis si me dijeron que fueran a bañarse que ya va a pasar los doctores para revisar, pasó diciendo una enfermera. Y como yo acababa de tener a mi hijo, hay dios... Al otro día ya cuando me levante empecé a bañar yo un gran frío tenía, ya no me levanté a bañar. Me dijo pues: ¡señora ayer sanaste ya es hora de levantarse a bañar en el baño hay agua!, dijo. Hay y como yo no podía, tenía dolor pues, lo sentía. ¡Acá no es sus casas" dijo: ¡aquí váyanse a bañar! Bien malota, hizo carotas	Mando Obligación A la fuerza	Coacción
DFLOC17	Esa mañana a las seis si me dijeron que fueran a bañarse que ya va a pasar los doctores para revisar, pasó diciendo una enfermera. Y como yo acababa de tener a mi hijo, hay dios... Al otro día ya cuando me levante empecé a bañar yo un gran frío tenía, ya no me levanté a bañar. Me dijo pues: ¡señora ayer sanaste ya es hora de levantarse a bañar en el baño hay agua!, dijo. Hay y como yo no podía, tenía dolor pues, lo sentía. ¡Acá no es sus casas" dijo: ¡aquí váyanse a bañar! Bien malota, hizo carotas.	No ayuda Falta de atención	Negligencia

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C17 FLORI. CP	Yo a esas enfermeras va de pedirle pastillas por ese frío y para el dolor de cabeza ya si me daban y para el pañal, porque mucha hemorragia me baja. Ya cuando salí hicieron cuenta para los pañales. Pagué pues, se paga se van a dejar 2 y un litro de cloro, se paga los pañales que habíamos usado, nomás van a dejar los pañales, pañales nos dan pañales vamos a dejar de una vez.	Corrupción Poner condición	Coacción
DFLOC17	Si pues, cuando me dijo señora todavía está tendiendo hijos siendo señora. Me dijo que de una vez me operara y que dejará de tener tanto hijo, tanto parir hijos. Hay me sentí yo con esa palabra, si lo sentí.	Me sentí Son malas	Violencia verbal
C18 MAR	MAR Solo donde me regañaron pues aquí en el hospital en el CAIMI con el otro chamaco (C18) Aquí si me regañaron me dijeron así ¿y el papá? borracho. Solo para hacer hijos son buenos así me dijeron. Mire pues no es un responsable papá ustedes solo para hacer hijos son buenos me dijeron las enfermeras ahí. "Si no viene su esposo con el dinero la vamos a mandar a Xela" así me dijeron, no sé a dónde me iban a remitir. Lo voy a quitar el bebé me dijeron. Le agarré yo mi nene, yo bien agarrado lo tenía yo aquí y me senté, le agarré a mi nene así, yo no lo soltaba.	Regaño Burla	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C18 MAR	<p>MAR Solo donde me regañaron pues aquí en el hospital en el CAIMI con el otro chamaco (C18) Aquí si me regañaron me dijeron así ¿y el papá? borracho. Solo para hacer hijos son buenos así me dijeron. Mire pues no es un responsable papá ustedes solo para hacer hijos son buenos me dijeron las enfermeras ahí. "Si no viene su esposo con el dinero la vamos a mandar a Xela" así me dijeron, no sé a dónde me iban a remitir. Lo voy a quitar el bebé me dijeron. Le agarré yo mi nene, yo bien agarrado lo tenía yo aquí y me senté, le agarré a mi nene así, yo no lo soltaba.</p>	<p>Poner condición Amenaza Aprovechase</p>	Coacción
C18 MAR	<p>Yo abrazado llevaba a mi nene no lo dejaba a mi nene" Entró la enfermera y dijo: mire su esposo está borracho solo para hacer hijos son buenos dijo. ¿Y ahora cuándo va a traer el dinero? Dijo así. Le dije yo que no tuviera pena y que para qué quieren el dinero dije pues. O así pagado me van a hacer la cortada? Le dije yo a ella. Entonces entró otra y me dijo que ella de por sí es mala. Me empezaron a tomar mi presión. Y ya mi presión estaba alta, entonces la muchacha que estaba ahí dijo que como ya se me había subido la presión me iban a mandar para Huehuetenango. Pero ellas mismas las enfermeras fueron las que me alteraron pues, por eso se subió la presión. La mala fue la que me dijo que me iban a remitir para Xela o me iban a quitar el bebé dijeron" "Busquen a una persona que vaya a donar sangre. Y para qué sangre digo yo.</p>	Corrupción	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C18 MAR	<p>Esposo: Lo que querían ellos pues es que querían entregar dos unidades de sangre y tres unidades y pues yo le dije que no tenía dinero para pagar esa unidad dije yo. Pero como el alcalde dijo que no se debe de pagar ni un solo centavo aquí, y se los dije. Ah.. .se emputaron conmigo, si pues y ya después me vine yo para recuperar dinero y cuando llegué ya la habían remitido para Huehuetenango. ¿Y por qué le estaban cobrando? No sé por la sangre que le iban a poner pero ya no le pusieron. Esposa: Pero yo no perdí nada de sangre, nada, nada. No me pusieron tan siquiera una unidad de sangre, nada nada. Namás querían chingar las enfermeras, creo" - "Ya cuando ya el llegó a las 7:00 pm yo ya estaba allá en Huehue, ya cuando yo los llamé para acá yo ya estaba allá. Esposo: entonces al otro día me fui de madrugada. Hasta allá a las 8:00 am llegué. Si me estaban cobrando como 360 quetzales parece por unas pastillas que le pusieron ahí en el laboratorio. Eso lo pagué, eso lo pagué yo. Ya lo demás ya no quise pagarlo yo porque ya no había más dinero. Entonces fui a prestar dinero yo. "yo quiero rápido dijeron" eso ya está difícil que fuera rápido dije yo" En Huehue no más me examinaron que la presión ya estaba baja y le dijeron al chofer de la ambulancia que para qué trajeron a la señora si la señora ya está a salvo con su bebé y para qué lo trajeron pues no sé dijo aquí está la papelería, creo que por chingar lo hicieron, un chanchullo. Y me cambiaron de ropa, la ropa que yo llevé de aquí del hospital del CAIMI, eso lo trajo el chofer de la ambulancia. Pero al niño no lo iban a recibir allá en el hospital de Huehuetenango por que dijeron que el niño ya está salvado para qué lo trajeron. A la señora</p>	<p>Corrupción Poner condición Aprovecharse Poner carga al paciente</p>	<p>Coacción</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	la hubieran remitido para su casa, dijo. Y yo ahí estuve tirada unos tres días parece y no me dieron ni una pastilla ni nada, nada. Por gusto estuve ahí pues. Es que lo que quieren es que uno gaste dinero"		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C19 MAR	Siempre regañaban ahí la gente. Insultaban siempre las enfermeras casi siempre. Hay veces que no habían medicina pues y no atendían pues y uno está quejando, uno con el dolor de estómago fuerte. Porque cuando nacen los bebés siempre está doliendo. Y cuando uno le decía "hay me duele mi estómago" me decían ¡tanto van ustedes para quejar, mejor hubieran parido en sus casas!, eso es lo que nos decían las enfermeras, si..." ¿Regañan mucho entonces?	Regaño Burla Gritos Bravura Se aburren	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C18 MAR	Yo abrazado llevaba a mi nene no lo dejaba a mi nene" Entró la enfermera y dijo: mire su esposo está borracho solo para hacer hijos son buenos dijo. ¿Y ahora cuándo va a traer el dinero? Dijo así. Le dije yo que no tuviera pena y que para qué quieren el dinero dije pues. O así pagado me van a hacer la cortada? Le dije yo a ella. Entonces entró otra y me dijo que ella de por sí es mala. Me empezaron a tomar mi presión. Y ya mi presión estaba alta,	Mando Obligación	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	entonces la muchacha que estaba ahí dijo que como ya se me había subido la presión me iban a mandar para Huehuetenango. Pero ellas mismas las enfermeras fueron las que me alteraron pues, por eso se subió la presión. La mala fue la que me dijo que me iban a remitir para Xela o me iban a quitar el bebé dijeron" "Busquen a una persona que vaya a donar sangre. Y para qué sangre digo yo.		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C20 ELV	Si si lo ví delicada era. Este... o sea contra de mí no. Sino contra de otra "sentate parate, ya es hora de que te levantes" y como la mujer como cesárea le hicieron apenas se levantaba, un ratito sentada. Como le dolía mucho. ¡Levántate porque ya combiene que te sientes ya!. Eran creo yo regaño, así como amenazando pues, pues ella deplano se sintió mal. Mejor ella se levantaba y daba sus pasos	Regaño Gritos / Palabras golpeadas.	Violencia verbal
C20 ELV	¿Y en la Laguna qué pasó? Si ahí el enfermero es enojado. Me dijo "tanto tener hijo", me dijo que enfermero. ¡Tanto tener hijo! ¡Ya no conviene tener más!. Ya no le respondí nada porque ya lo tenía a mi hijo aquí (en la panza) entonces ya no le dije nada. Lo que me dijo fue ¿Por qué está teniendo más hijos?, ya no va a tener más! me dijo. Pues si me cayó un poquito mal, como burlándose. Si pues porque el enfermero era regañona, pues palabras que ofenden.	Burla Regaño	Volencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C20 ELV	Si si lo ví delicada era. Este... o sea contra de mí no. Sino contra de otra "sentate parate, ya es hora de que te levantes" y como la mujer como cesárea le hicieron apenas se levantaba, un ratito sentada. Como le dolía mucho. ¡Levántate porque ya combiene que te sientes ya!. Eran creo yo regaño, así como amenazando pues, pues ella deplano se sintió mal. Mejor ella se levantaba y daba sus pasos	Mando Obligación	Coacción
C20 ELV	¿Y en la Laguna qué pasó? Si ahí el enfermero es enojado. Me dijo "tanto tener hijo", me dijo que enfermero. ¡Tanto tener hijo! ¡Ya no conviene tener más!. Ya no le respondí nada porque ya lo tenía a mi hijo aquí (en la panza) entonces ya no le dije nada. Lo que me dijo fue ¿Por qué está teniendo más hijos?, ya no va a tener más! me dijo.	No quieren que uno vaya a criar. Obligación	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C21 HERM	<p>No, me dijeron que tuviera yo paciencia. No me dijeron que no gritara. Ahora si la muchacha que estaba ahí si le dieron ¡Ah, tanto griterío, quién les manda!. Eso me dijo esa mujer: Hay, quiénes me atendieron ayer viera me dijo, era mi primer hijo, es un escarmiento venir aquí, no sé de dónde era. A ella si la regañaron. Entonces me preguntó a mí ¿y a usted no le dijeron nada? A mí no me dijeron nada, le dije yo. A quién los mandaran a buscar marido, dice que le dijeron a esa mujer: si me muero en mi casa que me muera pero ya no vengo aquí. Ella dijo: mejor me voy a ir, pobre mujer" ¿Y usted escuchó cuando le dijeron? No ella me dijo. "hay usted la tendieron bien" pero a mí no... Hay me dijeron que estaba gritando que quién las manda a buscar marido. "enfrente de ese doctor, hay no da vergüenza" no que con usted son buena gente, no a mí no me dijeron nada le dije.</p>	<p>Regaño Gritos Burla Desprecio Regaño</p>	<p>Volencia verbal</p>
C21 HERM	<p>No, me dijeron que tuviera yo paciencia. No me dijeron que no gritara. Ahora si la muchacha que estaba ahí si le dieron ¡Ah, tanto griterío, quién les manda!. Eso me dijo esa mujer: Hay, quiénes me atendieron ayer viera me dijo, era mi primer hijo, es un escarmiento venir aquí, no sé de dónde era. A ella si la regañaron. Entonces me preguntó a mí ¿y a usted no le dijeron nada? A mí no me dijeron nada, le dije yo. A quién los mandaran a buscar marido, dice que le dijeron a esa mujer: si me muero en mi casa que me muera pero ya no vengo aquí. Ella dijo: mejor me voy a ir, pobre mujer" ¿Y usted escuchó cuando le dijeron? No ella me dijo. "hay usted la tendieron bien" pero a mí no... Hay me dijeron que estaba gritando que quién las manda a ...</p>	<p>No dejan gritar Imposibilitar</p>	<p>Coacción</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C24 DINE	<p>Ya cuando fui con lo de mis puntos para quitarlos, me preguntaron que quién me hizo los puntos. Una doctora le dije, y cómo se llama me preguntaron... - la verdad es que saber, le dije. No sé yo no podía hablar. Hay dijo el otro doctor: ¡por qué no se dan cuenta quién le hizo la operación! ese si algo con bravura me habló" - "Si me regañó, era más bravo. La seño o doctora que me costuró no me habló, las enfermeras me llevaron a la sala de operación y me sacaron. No me habló para nada porque como vio que yo no podía hablar" - Solo el doctor cuando me quiso quitar los puntos: ¿quién la costuro...? Me dijo pues saber le dije yo. Hay como no se dio cuenta? Como si no podía yo hablar, como no siempre tienen que preguntar, apuntelo en un papel el nombre. Así dijo, ¿acaso yo estaba para eso?"</p>	<p>Regaño Bravura Se molestan gritos</p>	<p>Violencia verbal</p>
C25 DTINA	<p>Yo si me enojé porque no tienen paciencia para qué se meten a ser enfermeras, uno con su gran dolor y solo lo dejan sentado ahí. Ni modo paciencia. Ella pues como no me atendió yo me sentí ofendida. Yo quería pronto y no me dieron ni una pastilla si pues yo me compré una ditaflenaco" - Yo si me sentí que fue regaño pues, porque si me lo hubiera dicho de otra forma así como "mire... porque se dejó con el perro... una forma más amable. Sino toda enojada que para qué me dejé con el perro que ya estaba grande" O hubiera dicho "seño espérese un ratitito". Es que uno con ese dolor y regañando, no hay más desesperación</p>	<p>Desprecio Descalificación</p>	<p>Violencia Verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C25 DTINA	<p>Tiene que aguantar porque ya está grandecita!, dijo: usted no es chiquita para no aguantar el dolor, tiene que aguantar, siéntese, y me examinó"- "También me dijo, así: que para qué se dejó con el perro, como dejó que la mordiera! usted se debería de cuidar ya está grande, no está chiquita! – Pero mire le dije yo, yo traía a un niño, yo por defender al niño porque mi cuñada es delicada, si le mordía al niño a mí me iban a regañar le dije yo.. Hay sí dijo, ¡pero tiene que aguaratar porque ni modo! Y lo aguaté pues, ya después me compré unas mis pastillas. ¿Por qué se dejó con el perro, usted debería de cuidar no está chiquita! Imagínese con tres perros le dije, usted también ponga de su parte. Imagínese con dos aquí y el otro por aquí... yo por defender al niño .. y ella pa qué se dejó con el perro. Y ella ya no me dijo nada y yo tampoco le dije nada. ¡Usted tiene que saber si está vacunado, sino le va a dar rabia! Y tiene que venir a vacunarse!</p>	<p>Gritos Regano</p>	<p>Violencia verbal</p>
C25 DTINA	<p>No, no me levantó, ni con una mano me ayudó. Nomás me dijo: camina y yo le dije que no podía caminar... y mi zapato lleno de sangre estaba, estaba estilando y no paraba. Cuando llegué me atendieron pero me agarraron duro para que me saliera toda la sangre, me lavaron... yo les dije si me dan medicina háganlo así sino yo me voy a caer en el camino. Porque solita yo me fui pues" Si la enfermera me dijo: usted se tiene que levantar, ya está grandecita para aguantar el dolor, y yo le dije que me diera una pastilla porque yo solita venía,</p>	<p>No hay ayuda cuando se pide Descuido hacia el paciente</p>	<p>Negligencia</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	<p>no hay quién me iba a estar atendiendo. ¡Cómo no! Dijo, usted tiene que aguantar. Pero le dije por favor deme pastilla yo no quiero irme así y que me fastidie. No dijo, lo agarró de aquí (señalando la pierna) y lo frotó así (duro) para que saliera la sangre mala</p>		
C25 DTINA	<p>No, no me levantó, ni con una mano me ayudó. Nomás me dijo: camina y yo le dije que no podía caminar... y mi zapato lleno de sangre estaba, estaba estilando y no paraba. Cuando llegué me atendieron pero me agarraron duro para que me saliera toda la sangre, me lavaron... yo les dije si me dan medicina háganlo así sino yo me voy a caer en el camino. Porque solita yo me fui pues" Si la enfermera me dijo: usted se tiene que levantar, ya está grandecita para aguantar el dolor, y yo le dije que me diera una pastilla porque yo solita venía, no hay quién me iba a estar atendiendo. ¡Cómo no! Dijo, usted tiene que aguantar. Pero le dije por favor deme pastilla yo no quiero irme así y que me fastidie. No dijo, lo agarró de aquí (señalando la pierna) y lo frotó así (duro) para que saliera la sangre mala</p>	<p>Obligación Mando</p>	<p>Coacción</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C27 HDJ	<p>Pero no mucho caso nos hacen los doctores allá, dijo. Uno con el grande dolor, uno ahí quejando ahí con dolor y no ayudan las enfermeras. Y ellos apenas jugando naipe, dijo. Yo me daban ganas de regañarlos, dijo. ¡Cállese!, dijo. Hay pero como voy a hacer si tengo dolores!, dice que decía ella. ¡Dicen que dijo. Bueno, aguántalo!!! Unos dicen que dicen así: ¡Aguántalo, cómo es que lo haces con tú marido, ahí como es como lo hiciste cuando estuviste con tu marido, pues! Ahora si aguántalo!! Dicen que dicen</p>	<p>Burla Tratan mal</p>	<p>Violencia verbal</p>
C27 HDJ	<p>Pero no mucho caso nos hacen los doctores allá, dijo. Uno con el grande dolor, uno ahí quejando ahí con dolor y no ayudan las enfermeras. Y ellos apenas jugando naipe, dijo. Yo me daban ganas de regañarlos, dijo. ¡Cállese!, dijo. Hay pero como voy a hacer si tengo dolores!, dice que decía ella. ¡Dicen que dijo. Bueno, aguántalo!!! Unos dicen que dicen así: ¡Aguántalo, cómo es que lo haces con tú marido, ahí como es como lo hiciste cuando estuviste con tu marido, pues! Ahora si aguántalo!! Dicen que dicen</p>	<p>Descuido hacia el paciente</p>	<p>Negligencia</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C27 HDJ	<p>Vera usted mami, me dijo. Viera como se portaron los enfermeros. Hay me cuidaban pero por ratos y yo sentía que ya venía, yo ya sentía. Me dejaron y se fueron, yo puse fuerza. Y le pregunté que si alguien la ayudó. Solamente yo, mami. Yo ya no aguantaba le decía al doctor. Y el doctor le decía que aún le faltaba. Puse fuerza, ella sola. Y cuando nació fijese pero el niño estaba en esa agua.. ¿por qué no gritaste?, le dije. Ella me dijo que no sabía dónde estaba el doctor. Luego llegaron como a los quince minutos las enfermeras y el niño estuvo ahí. Ella dijo que no les pudo avisar" "Eso si no me dieron agua, me dijo... como que no les dan agua, y ella tenía sed</p>	<p>Mala condición Descuido hacia el paciente</p>	<p>Negligencia</p>
C27 HDJ	<p>Pero no mucho caso nos hacen los doctores allá, dijo. Uno con el grande dolor, uno ahí quejando ahí con dolor y no ayudan las enfermeras. Y ellos apenas jugando naipe, dijo. Yo me daban ganas de regañarlos, dijo. ¡Cállese!, dijo. Hay pero como voy a hacer si tengo dolores!, dice que decía ella. ¡Dicen que dijo. Bueno, aguántalo!!! Unos dicen que dicen así: ¡Aguántalo, cómo es que lo haces con tú marido, ahí como es como lo hiciste cuando estuviste con tu marido, pues! Ahora si aguántalo!! Dicen que dicen</p>	<p>Obligación Mando</p>	<p>Coaccion</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C29 AN VN	<p>Hay doctores que abusan de la persona. Hay un doctor que me dijo – Hay yo voy a atender bien a su hija me dijo pero también me dijo, hay venga yo le voy a hacer un examen a usted también está mala., venga aquí a la camilla y usted tan bonita que está– Yo estoy bien le dije – Me dijo Hay su marido no la quiere – y por qué- y usted tan sola acá y su marido allá y usted acá con su hija. El me quería hacer algo. Y por qué no me quiere a usted ni amor a usted ni a su hija. Yo me sentí muy nerviosa, y le dije: A usted que le importa por si él no me quisiera. Usted puede dejarlo usted puede encontrar más buenos. Hay doctores que abusan de la persona. El me estaba examinando me estaba midiendo y me dijo hay que bonitas mujeres hay que Cuilco Con otro doctor me dijo – Hay que bonitas mujeres hay allá en Cuilco – dijo – mujeres bonitas hay en todo el mundo le dije – Hay doctores que son abusivos- no todos van a cumplir su deber, y ese doctor así me dijo"</p>	<p>Aprovecharse Poner condición</p>	<p>Coacción</p>
C29 AN VN	<p>Hay doctores que abusan de la persona. Hay un doctor que me dijo – Hay yo voy a atender bien a su hija me dijo pero también me dijo, hay venga yo le voy a hacer un examen a usted también está mala., venga aquí a la camilla y usted tan bonita que está– Yo estoy bien le dije – Me dijo Hay su marido no la quiere – y por qué- y usted tan sola acá y su marido allá y usted acá con su hija. El me quería hacer algo. Y por qué no me quiere a usted ni amor a usted ni a su hija. Yo me sentí muy nerviosa, y le dije: A usted que le importa por si él no me quisiera. Usted puede dejarlo usted puede encontrar más buenos. Hay doctores que abusan de la persona. El me estaba examinando me estaba midiendo y me</p>		<p>Violencia verbal</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	dijo hay que bonitas mujeres hay que Cuilco Con otro doctor me dijo – Hay que bonitas mujeres hay allá en Cuilco – dijo – mujeres bonitas hay en todo el mundo le dije – Hay doctores que son abusivos- no todos van a cumplir su deber, y ese doctor así me dijo"		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C30 HIJA SEGRI. ER	<p>Cuando nació mi nieto. Fui con una mi hija. Nos trataron mal. Dijo la enfermera que si sacábamos a mi hijo ya no eran responsables del ustedes. hijuela – le dije yo ya no tengo más dinero para comer. Entendido de una vez ya no tienen más derecho de regresar. Esque ella dijo para que nos quedáramos más. Ya tenían ocho días ahí. Yo fui a gastar 1200 Q. de tanto estar ahí. Ya tiene como 6 años desde que pasó. Ya apuntaron que no podíamos regresar y apuntado el niño para que no lo atiendan, me dio la enfermera. Siempre hay maltrato. Pues ahorita ya dos veces con mi nuera y mi hija. Entonces realmente es cierto porque me pasó a los dos.</p>	<p>Amenaza Poner condición</p>	Coacción
C30 HIJA SEGRI. ER	<p>Cuando nació mi nieto. Fui con una mi hija. Nos trataron mal. Dijo la enfermera que si sacábamos a mi hijo ya no eran responsables del ustedes. hijuela – le dije yo ya no tengo más dinero para comer. Entendido de una vez ya no tienen más derecho de regresar. Esque ella dijo para que nos quedáramos más. Ya tenían ocho días ahí. Yo fui a gastar 1200 Q. de tanto estar ahí. Ya tiene como 6 años desde que pasó. Ya apuntaron que no podíamos regresar y apuntado el niño para que no lo atiendan, me dio la enfermera. Siempre hay maltrato. Pues ahorita ya dos</p>	Tratan mal	Violencia verbal

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	veces con mi nuera y mi hija. Entonces realmente es cierto porque me pasó a los dos.		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C31 HERM	<p>Hay muchacha dijo, no grite usted, dijo acaso con gritar se le va a quitar el dolor, dijo. Y luego dijo la otra enfermera. Es que tu porque no tuviste (hijos) por eso estás diciendo así, dijo la otra enfermera. Eso duele dijo. Grita uno dijo, quién dice que no. Entre de ellas dijeron. No has conocido si el dolor está tremendo. Tu no lo has visto, dijo. ¡Da pena con usted así gritando. No va a sanar si está así gritando, así dijo. Así me dijo la enferma a mí. Cómo no va a gritar, por el dolor dijo. Cuando tú vas al baño. Si nos decían si no les duele tanto caminen. Camine usted, así más luego va a sanar si usted se va a sentar usted no se va a sanar. Así decían. No sólo con está si me dijo: Hay usted porque está gritando si así, no se le va a quitar el dolor. Entonces le contesto la otra: Que vas a creer tu si eso duele quizás gritas tu cuando vas al baño, dijo la otra. Así le dijo. Entonces vete tú, la voy a atender yo. "Hay lo mismo", dijo la otra la mala. Pero ya te vas a ir tú, ya vas a cambiar, dijo. Ya después ya no le hice caso a la enfermera.</p>	<p>Imposibilitar No dejar gritar</p>	Coacción
	<p>Hay muchacha dijo, no grite usted, dijo acaso con gritar se le va a quitar el dolor, dijo. Y luego dijo la otra enfermera. Es que tu porque no tuviste (hijos) por eso estás diciendo así, dijo la otra enfermera. Eso</p>		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C31 HERM	<p>duele dijo. Grita uno dijo, quién dice que no. Entre de ellas dijeron. No has conocido si el dolor está tremendo. Tu no lo has visto, dijo. ¡Da pena con usted así gritando. No va a sanar si está así gritando, así dijo. Así me dijo la enferma a mí. Cómo no va a gritar, por el dolor dijo. Cuando tú vas al baño. Si nos decían si no les duele tanto caminen. Camine usted, así más luego va a sanar si usted se va a sentar usted no se va a sanar. Así decían. No sólo con está si me dijo: Hay usted porque está gritando si así, no se le va a quitar el dolor. Entonces le contesto la otra: Que vas a creer tu si eso duele quizás gritas tu cuando vas al baño, dijo la otra. Así le dijo. Entonces vete tú, la voy a atender yo. "Hay lo mismo", dijo la otra la mala. Pero ya te vas a ir tú, ya vas a cambiar, dijo. Ya después ya no le hice caso a la enfermera.</p>	Gritan	Violencia verbal
C31 HERM	<p>Hay muchacha dijo, no grite usted, dijo acaso con gritar se le va a quitar el dolor, dijo. Y luego dijo la otra enfermera. Es que tu porque no tuviste (hijos) por eso estás diciendo así, dijo la otra enfermera. Eso duele dijo. Grita uno dijo, quién dice que no. Entre de ellas dijeron. No has conocido si el dolor está tremendo. Tu no lo has visto, dijo. ¡Da pena con usted así gritando. No va a sanar si está así gritando, así dijo. Así me dijo la enferma a mí. Cómo no va a gritar, por el dolor dijo. Cuando tú vas al baño. Si nos decían si no les duele tanto caminen. Camine usted, así más luego va a sanar si usted se va a sentar usted no se va a sanar. Así decían. No sólo con está si me dijo: Hay usted porque está gritando si así, no se le va a quitar el dolor. Entonces le contesto la</p>	Obligación Mando	Coacción

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	otra: Que vas a creer tu si eso duele quizás gritas tu cuando vas al baño, dijo la otra. Así le dijo. Entonces vete tú, la voy a atender yo. "Hay lo mismo", dijo la otra la mala. Pero ya te vas a ir tú, ya vas a cambiar, dijo. Ya después ya no le hice caso a la enfermera.		

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
C2 GLO. AR	Entró la otra enfermera y le dijo: ¿y usted cómo le dijo esas palabras, vino ella y me cambió.	Valoración	Consideración
ODIER C8	Yo sentí que me trataron bien allá en Huehue. Ellas como cambiaban las camas me decían: levántese, y si no puede aunquesea arrastrándose, decían. Si bien amables. Una enfermera aquí en Cuilco vive y trabaja allá en Huehuetenango, ella dice: yo conozco Oaxaqueño y El Rodeo.  me llegaban a hablar las enfermeras cuando me llegaban a dar mi pastilla, me levantaban, como yo dormida estaba me hablaban me decían: tomese su pastilla... levántese a tomar su medicina y siempre me preguntaban cómo estaba cómo me sentía. Y yo le decía que ahí bien masomenos, buenas enfermeras"	Tratan bien Preguntan Interlocución Paciencia	Consideración
C9 ODIER	Lo que me hicieron fue ponerme suero, me pusieron en la camilla me estuvieron mirando pues, poniendo inyecciones.	Están viendo	Consideración

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	<p>bien. Muchos dicen que los doctores son malos pero yo no" - "Regañan saber por qué a mí no. Pues así me ha pasado a mí" - "En Huehue también me atendieron bien. Desde antes de que me sacaran a mi bebé me estuvieron mirando, así examinando digamos. Esa misma noche me llegaron a ver, dos médicos me atendieron y las enfermeras ¿acaso se van? Ahí están dando vuelta y vuelta. Lo llegan a ver a uno.</p>		
<p>C14 SMCP</p>	<p>Cuando tuve el parto no me dijeron nada, todo estuvo bien. Me trataron con cuidado todo, todo bien si pues. Todo estuvo bueno "Llegué un día domingo. El día lunes ya me atendieron cuando llegaron los doctores. El domingo no se pudo porque no había nadie. Me pusieron suero. Allá lo atienden bien en el hospitalito CAIMI" - Me fueron a revisar, me pusieron suero. Al otro día ya me llegaron a atender. Ellas llegan a vernos en la noche las enfermeras. Como era de noche nos llegaban a ver. Todavía no había despertado por la anestesia, ellas me llegaban a ver. Me preguntaban cómo estaba y cómo me sentía si sentía más recio el dolor me daban pastillas para que se me quitara. - "Al buen rato como a las 8 me dijeron que ya estaba bien y que ahora nada más frutas y agua pura va a tomar, me dijeron</p>	<p>Preguntan Preguntan</p>	<p>Consideración</p>
<p>C14 SMCP</p>	<p>Me atendieron bien en el parto, porque dicen muchos que regañan, que cuando están gritando, muchos que regañan los doctores. En cambio allá no, ahí las enfermeras me consolaban. Me consolaban pues, cuando yo ya iba a sanar me decían que usted ya no tarda que va a sanar y yo ya como tenía pocos días de dolor. Ellas me decían que no que ya es menos lo que me falta, que ya para</p>	<p>Cuidado Atienden bien</p>	<p>Consideración</p>

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	<p>el rato de media hora usted ya va a estar sana con su niño. Ya uno con ese dolor uno - La doctora decía que no pusiera tanta fuerza, pero uno cuando está con el dolor uno pone fuerza. Me decía usted no más respire profundo, decía, nada de poner fuerza porque todavía no ha llegado y si va a poner fuerza va a usted ya a la hora de ser el momento del mero parto ya usted no va a tener fuerza. A mí no más me dijeron que nomas respirara con la nariz y no con la boca. Si me enseñaron cómo.. usted respire solo con la nariz y profundo, y que nada de poner fuerza y nada de quejar... hay pero con ese gran dolor... Hay!.. Así me dijo la doctora nada de estar quejando porque si uno queja es igual a que usted estuviera poniendo una fuerza, dijo"</p>		
C15 SM. CP	<p>No sé si con todas, muchos dicen que hay enfermeras que regañan. Cuando fui a sanar con mi nene fui a Huehuetenango, bien buena gente la doctora. La enfermera se quedó toda la noche y estaba platicando. ..Ya no me recuerdo qué me decía</p>	Interlocución	Consideración
C16 ADRI. CP	<p>Lo único que me dijo el doctor es que ya mero va a sanar y pone usted su fuerza y enseñó a respirar, "suspira fuerte" y así dijo la enfermera también. Cuando lo tuve me fueron a tirar al otro cuarto ahí y me fueron a acostar, entonces me dijo ya se puede levantar váyase a bañar. Si tiene dolor avisa y le vamos a dar pastillas" - "Nos atendían bien. Nos miraban a cada rato cuando lloraban. Si el bebé estaba cambiado o mojado. Ya en la noche lo cuidaban al bebé. Y cuando estaba llorando en la noche nos lo llevaban para que les diéramos de mamar. Si" "Pues se</p>	<p>Tratan bien Explicación Aconsejan Viendo Cuidan</p>	Consideración

Continuación cuadro 10: Codificación, citas y categorías

Caso	Cita	Etiquetas	Categoría principal
	<p>siente uno bien yendo al hospital" De día nos cuidaba un doctor y de noche a una enfermera. En la noche miraban cómo estaban los niños denle de qué mamar. Ya la que estaba operaba lo abrazaba, lo ayudaba a sentarse a la otra... la que tenía suero. Dos veces parece que se le reventó el suero... era buena la enfermera y el doctor también.</p>		
C20 ELV	<p>Este cuando ya iba a nacer mi bebé me decían compóngase bien, amables las palabras veía yo. Porque me atendieron bien. No me regañaron no me dijeron nada. Me iban a revisar pues como ya estaba el bebé ya. Me decían Mamita me decían, no tenga usted pena mamita me decían. Y ellas ya tienen más amabilidad con sus pacientes. Como estaba el doctor contra de mí. No tenga usted pena me decía. Me ayudaba la enfermera aquí (señalando a su estómago), Ellos me atendieron bien, me cambiaron nomás nació este mi bebé. Me cambiaron como dos veces y a mí bebé también. Si pues me atendieron bien. Si fue con hablados no alzadas, sino que despacio, con paciencia. "Le toca ingreso hoy vayase a bañar"</p>	Cuidado	Consideración
C31 HERM	<p>Ya después ya no le hice caso a la enfermera. Ya luego entró y me preguntó si me dolía y le dije que no, ya había entrado la otra enfermera ya me había dado unas pastillas. La buena me dijo que me iba a dejar unas pastillas porque ya iban a entrar otros (enfermeros) y entonces si como ellos se turnan, y hay algunos que rondan ahí en la noche.</p>	<p>Preguntan Interlocución Viendo Cuidado</p>	Consideración

